Dépression : quelles personnalités ?

LE JOURNAL DES

PSYCHOLOGUES

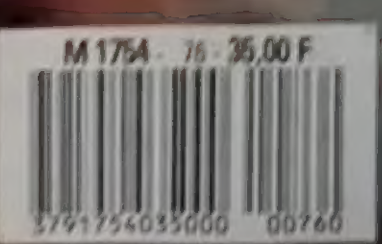
MENSUEL N° 76
35F · AVRIL 1990

ADOLESCENTS EN CRISE :

Les thérapeutes de la famille interviennent

- L'image du corps dans la société moderne
- Du bon usage des conflits dans le couple

FRANCE 35F · BELGIQUE 252FB · SUISSE 9,50F · CANADA 6$25 · LUXEMBOURG 252FL



dépression: quelles personnalités ?

LE JOURNAL DES PSYCHOLOGUES

MENSUEL N° 76
35F - AVRIL 1990

CRISE

hérapeutes

famille

viennen

du

dans

société mod

M 1754 - 76 - 35,00 F

Adolescents en cours :

Les thérapeutes de la [illegible]

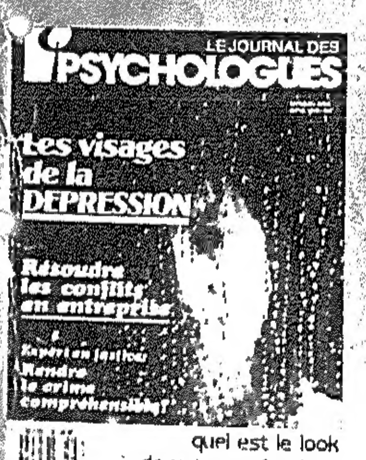
- L'image du corps et de la [illegible]
- Du bon usage des [illegible] de la [illegible] –

• Des DOSSIERS pour connaître l'apport de la psychologie aux questions de notre temps

• Des THEMES ESSENTIELS pour s'informer, étudier et intervenir.

OFFRE SPECIALE

Collection 1988-1989 du LE JOURNAL DES PSYCHOLOGUES



200 F les 10 numéros (au lieu de 342F)

- N° 60 - Manger, un peu, beaucoup, pas du tout...
- N° 61 - L'homme et sa maison
- N° 62 - Le fonctionnement du cerveau. Recherches et interventions en neuropsychologie
- N° 63 - Musiques et psychothérapie
- N° 64 - Alcool : entre plaisir et souffrance
- N° 65 - De l'école au lycée : quelles orientations?
- N° 66 - Les visages de la dépression
- N° 67 - Droits de l'homme et psychologie
- N° 68 - Que nous disent les dessins d'enfants
- N° 69 - Asthme, allergies : l'approche psychosomatique

LE JOURNAL DES PSYCHOLOGUES — Que nous disent les dessins d'enfants? — Comment protéger l'enfant?

BON DE COMMANDE

Je désire recevoir la collection 88-89 du Journal des Psychologues, je joins un chèque de deux cent francs.

Nom : ____________________

Prénom : ____________________

Adresse : ____________________

Code postal __________ Ville : ____________________

A renvoyer au LE JOURNAL DES PSYCHOLOGUES

SOMMAIRE



Photo de couverture Louis Bocca

CALENDRIER

FRANCE

AVRIL

• **L'évaluation des Enseignements dans le Supérieur.** 3e colloque organisé par l'IRAP. Lesquin, le 5 avril. Renseignements: IRAP - 60.bd Vauban, BP109, 59016 Lille. Tél: 20.57.30.17.

• **Apport de la psychopathologie maghrébine: psychiatrie - littérature - psychanalyse.** Congrès international, Paris, les 5, 6 et 7 avril. Renseignements : Points cardinaux, 18, Place de la Madeleine, 75008 Paris. Tél : (1) 47.42.20.16.

• **La psychanalyse et ses miroirs : «former» ou «transformer».** Psychanalyse, éducation et savoirs. Bron, le 19 avril. Renseignements: Centre universitaire de Bron-Parilly, 5, av. Pierre-Mendès-France, 69500 Bron. Tél : 78.77.23.23, poste 490.

• **«Ethique-Médecine»**: Journée de réflexion organisée par le groupe de travail sur le discours médical de la Convention psychanalytique. Marseille, le 21 avril. Renseignements: J. Félician. Tél: 91.77.85.84 après 20h.

• **3e Journées de Bourges sur l'enfance et l'adolescence.** Bourges, les 21 et 22 avril. Renseignements: Docteur P. Nottin, Hôpital, 18102 Vierzon Cedex. Tél: 48.52.33.33.

• **Corps et liens - Identifications corporelles et processus de symbolisation.** Aix-en-Provence, les 21 et 22 avril. Renseignements: Madame Anne Boyer, Colloque G.E.C.P., U.F.R. de psychologie - Université de Provence, 29, av. R. Schuman, 13621 Aix-en-Provence.

• **La croissance.** 2e congrès international organisé par l'Association Grandir. Paris, U.N.E.S.C.O., les 23 et 24 avril. Renseignements: C.E.R.C., 4, rue Louis Armand, 92600 Asnières.
Tél: (1) 47.91.09.10.

• **Le dessin d'enfant dans la relation thérapeutique - Création et symbole.** Paris, le 27 avril. Renseignements: I.P.P.C., 13, rue de Santeuil, 75005 Paris. Tél: (1) 45.87.41.10.

MAI

• **Cerveau et environnement: un incessant dialogue.** Marseille, le 10 mai - Salle de conférence du C.N.R.S., 31, chemin Joseph Aiguier, entrée gratuite. Renseignements: Tél: 91.22.40.00.

• **Approche psychanalytique de la fonction paternelle.** 4e colloque international. Sous le haut patronage de S.A.S. la Princesse Caroline de Monaco, Monaco les 17, 18 et 19 mai. Renseignements : Brigitte Pugnière, Approche psychanalytique de la fonction paternelle, BP 1084, 54523 Laxou Cedex. Tél: 83.95.12.58.

• **Sensibilisation à la relation soignant-soigné.** XIXe journées franco-suisses de formation psychologique pour les médecins, Annecy, du 22 au 27 mai. Renseignements: Dr Michel Sapir, 6, rue de l'Arrivée, 75015 Paris.

• **Education et formation à la prévention.** Paris, 31 mai - 2 juin. Renseignements: Elvire Silberzahn. Tél : (1) 40.34.84.00.

JUIN

• **Toxicomanie et pratiques sociales.** Grenoble, les 15 et 16 juin. Renseignements: Mr Yahyaoui, centre départemental de santé, 23, av. Albert-1er-de-Belgique, 38000 Grenoble. Tél: 76.87.62.40.

• **Génogramme et thérapie familiale.** Loos-Lez-Lille, le 22 juin. Renseignements: P.-P. Bruniaux, A.T.F.N., 283, rue Jules-Guesde, 59171 Erre. Tél : 20.70.41.20.

JUILLET

• **Question de couleurs (autour de P. Cézanne...)** IXe rencontres psychanalytiques d'Aix-en-Provence, les 15 et 16 juillet. Renseignements: M.Netter, Lieu-dit Le Colonel - CD 6 - 13170 Les Pennes Mirabeau. Tél : 42.02.87.15.

SEPTEMBRE

• **2e Rencontres européennes de Sophrologie médicale et paramédicale en Bretagne.** Roscoff, les 21, 22 et 23 septembre. Renseignements: Centre culturel Beltan, 22 et 43, rue Saint-Michel, BP 2, 29190 Braspart. Tél : 98.81.43.03 et 98.81.41.11.

OCTOBRE

• **Drogues et aphrodisiaques. XVIe Journées annuelles de la SFSC.** Paris, Centre Chaillot-Galliera, les 5 et 6 octobre. Renseignements: Société Française de Sexologie Clinique, 75, bd de Courcelles, 75008 Paris. Tél : 42.27.48.70.

NOVEMBRE

• **Finalité de l'intervention auprès du groupe familial dans le champ du travail thérapeutique et social.** Lorient, le 17 novembre. Renseignements: Institut de formation et de perfectionnement An Oriant, 65, rue de Beauvais, 56100 Lorient. Tél : 97.21.56.72.

INTERNATIONAL

AVRIL

• **Conférence annuelle de la British Psychological Society.** Winter Gardens, Malvern, UK, du 5 au 8 avril. Renseignements: The Conference Officer, The British Psychological Society, St Andrews House, 48 Princess Road East, Leicester LE1 7DR, UK. Tél: 05.33.55.7123.

JUIN

• **Ve Conférence européenne sur la personnalité,** Sienne, Italie, du 12 au 15 juin. Renseignements: S. Siurgatti, Instituto de Psicologia Generale e Clinica, Pian de Mantellini 35, 53100 Siena, Italie.

JUILLET

• **Jeunes en difficulté: construire avec eux l'avenir.** XIIe Congrès Mondial, New York, du 2 au 6 juillet. Renseignements: J. Lebreton, Les Deux Monts, 35230 Orgères. Tél: 99.57.61.34, 43.53.28.37.

• **L'engagement socio-politique des psychanalystes.** Londres, les 20, 21 et 22 juillet. Renseignements: P Unit, University College London, 3rd Int.Meeting A.I.H.P., Psychology Department, 26, V. Bedford Way, London WC1H OAP, England.

• **Stratégies en thérapies brèves. Symposium d'été,** Palo Alto (Californie) du 30 juillet au 3 août 1990. Renseignements: Mrs. Phyllis Erwin, M.R.I., 555 Middlefield Rd, Palo Alto, CA 94301. Tél: (415) 321-3055.

SEPTEMBRE

• **L'accueil dans la petite enfance.** Lausanne, les 12, 13 et 14 septembre. Renseignements: S.U.P.E.A., Research Unit, 25 A, rue du Bugnon, 1005- Lausanne, Switzerland. Tél: 41.2149.20.60.

OCTOBRE

• **Thérapie psycho-corporelle** - Congrès 1990. Sainte Adèle, Québec, Canada, du 3 au 7 octobre. Renseignements: 1222, bd St Joseph Est, Montréal (Québec) H2J 1L6 Canada. Tél: (514) 525-8211.

*Sur 3615 code **PSYCHOTEL** vous trouverez davantage de manifestations en France et au niveau international*

SOMMAIRE



Photo de couverture Louis Bocca

FRANCE

AVRIL

• **L'évaluation des Enseignements dans le Supérieur.** 3e colloque organisé par l'IRAP. Lesquin, le 5 avril. Renseignements: IRAP - 60,bd Vauban, BP109, 59016 Lille. Tél: 20.57.30.17.

• **Apport de la psychopathologie maghrébine: psychiatrie - littérature - psychanalyse.** Congrès international, Paris, les 5, 6 et 7 avril. Renseignements : Points cardinaux, 18, Place de la Madeleine, 75008 Paris. Tél : (1) 47.42.20 16

• **La psychanalyse et ses miroirs : «former» ou «transformer».** Psychanalyse, éducation et savoirs. Bron, le 19 avril. Renseignements: Centre universitaire de Bron Parilly, 5, av. Pierre-Mendès-France, 69500 Bron. Tél : 78.77.23.23, poste 490.

• **«Ethique-Médecine»**: Journée de réflexion organisée par le groupe de travail sur le discours médical-de la Convention psychanalytique. Marseille, le 21 avril. Renseignements: J. Félician. Tél: 91.77.85.84 après 20h.

• **3e Journées de Bourges sur l'enfance et l'adolescence.** Bourges, les 21 et 22 avril. Renseignements: Docteur P. Nottin, Hôpital, 18102 Vierzon Cedex. Tél: 48.52.33.33.

• **Corps et liens - Identifications corporelles et processus de symbolisation.** Aix-en-Provence, les 21 et 22 avril. Renseignements: Madame Anne Boyer, Colloque G.E.C.P., U.F.R. de psychologie - Université de Provence, 29, av. R. Schuman, 13621 Aix-en-Provence.

• **La croissance.** 2e congrès international organisé par l'Association Grandir. Paris, U.N.E.S.C.O., les 23 et 24 avril. Renseignements: C.E.R.C., 4, rue Louis Armand, 92600 Asnières.
Tél: (1) 47.91.09.10.

• **Le dessin d'enfant dans la relation thérapeutique - Création et symbole.** Paris, le 27 avril. Renseignements: I.P.P.C., 13, rue de Santeuil, 75005 Paris. Tél: (1) 45.87.41.10.

MAI

• **Cerveau et environnement: un incessant dialogue.** Marseille, le 10 mai - Salle de conférence du C.N.R.S., 31, chemin Joseph Aiguier, entrée gratuite. Renseignements: Tél: 91.22.40.00.

• **Approche psychanalytique de la fonction paternelle.** 4e colloque international. Sous le haut patronage de S.A.S. la Princesse Caroline de Monaco, Monaco les 17, 18 et 19 mai. Renseignements : Brigitte Pugnière, Approche psychanalytique de la fonction paternelle, BP 1084, 54523 Laxou Cedex. Tél: 83.95.12.58.

• **Sensibilisation à la relation soignant-soigné.** XIXe journées franco-suisses de formation psychologique pour les médecins, Annecy, du 22 au 27 mai. Renseignements: Dr Michel Sapir, 6, rue de l'Arrivée, 75015 Paris.

• **Education et formation à la prévention.** Paris, 31 mai - 2 juin. Renseignements: Elvire Silberzahn. Tél : (1) 40.34.84.00.

JUIN

• **Toxicomanie et pratiques sociales.** Grenoble, les 15 et 16 juin. Renseignements: Mr Yahyaoui, centre départemental de santé, 23, av. Albert-1er-de-Belgique, 38000 Grenoble. Tél: 76.87.62.40.

• **Génogramme et thérapie familiale.** Loos-Lez-Lille, le 22 juin. Renseignements: P.-P. Bruniaux, A.T.F.N., 283, rue Jules-Guesde, 59171 Erre. Tél : 20.70.41.20.

JUILLET

• **Question de couleurs (autour de P. Cézanne...)** IXe rencontres psychanalytiques d'Aix-en-Provence, les 15 et 16 juillet. Renseignements: M.Netter, Lieu-dit Le Colonel - CD 6 - 13170 Les Pennes Mirabeau. Tél : 42.02.87.15.

SEPTEMBRE

• **2e Rencontres européennes de Sophrologie médicale et paramédicale en Bretagne.** Roscoff, les 21, 22 et 23 septembre. Renseignements: Centre culturel Beltan, 22 et 43, rue Saint-Michel, BP 2, 29190 Braspart. Tél : 98.81.43.03 et 98.81.41.11.

OCTOBRE

• **Drogues et aphrodisiaques. XVIe Journées annuelles de la SFSC.** Paris, Centre Chaillot-Galliera, les 5 et 6 octobre. Renseignements: Société Française de Sexologie Clinique, 75, bd de Courcelles, 75008 Paris. Tél : 42.27.48 70

NOVEMBRE

• **Finalité de l'intervention auprès du groupe familial dans le champ du travail thérapeutique et social.** Lorient, le 17 novembre. Renseignements: Institut de formation et de perfectionnement An Oriant, 65, rue de Beauvais, 56100 Lorient. Tél : 97.21.56.72.

INTERNATIONAL

AVRIL

• **Conférence annuelle de la British Psychological Society.** Winter Gardens, Malvern, UK, du 5 au 8 avril. Renseignements: The Conference Officer, The British Psychological Society, St Andrews House, 48 Princess Road East, Leicester LE1 7DR, UK Tél: 05.33.55.7123.

JUIN

• **Ve Conférence européenne sur la personnalité,** Sienne, Italie, du 12 au 15 juin. Renseignements: S. Siurgatti, Instituto de Psicologia Generale e Clinica, Pian de Mantellini 35, 53100 Siena, Italie.

JUILLET

• **Jeunes en difficulté: construire avec eux l'avenir.** XIIe Congrès Mondial, New York, du 2 au 6 juillet. Renseignements: J. Lebreton, Les Deux Monts, 35230 Orgères. Tél: 99.57.61.34, 43.53.28.37.

• **L'engagement socio-politique des psychanalystes.** Londres, les 20, 21 et 22 juillet. Renseignements: P Unit, University College London, 3rd Int.Meeting A.I.H.P., Psychology Department, 26, V. Bedford Way, London WC1H OAP, England.

• **Stratégies en thérapies brèves. Symposium d'été,** Palo Alto (Californie) du 30 juillet au 3 août 1990. Renseignements: Mrs. Phyllis Erwin, M.R.I., 555 Middlefield Rd, Palo Alto, CA 94301. Tél: (415) 321-3055.

SEPTEMBRE

• **L'accueil dans la petite enfance.** Lausanne, les 12, 13 et 14 septembre. Renseignements: S.U.P.E.A., Research Unit, 25 A, rue du Bugnon, 1005- Lausanne, Switzerland. Tél: 41.2149.20.60.

OCTOBRE

• **Thérapie psycho-corporelle** - Congrès 1990. Sainte Adèle, Québec, Canada, du 3 au 7 octobre. Renseignements: 1222, bd St Joseph Est, Montréal (Québec) H2J 1L6 Canada. Tél: (514) 525-8211.

*Sur 3615 code **PSYCHOTEL** vous trouverez davantage de manifestations en France et au niveau international*

Adolescents, étranges explorateurs...

Au sein de la "forêt" familiale où se ramifient les lignées complexes, en quête de leur identité, les adolescents explorent une constellation et le projet de vie des adultes. Ils interrogent la solidité du cadre familial tout en prenant le large vers d'autres contrées à explorer et reviennent finalement sur les mêmes rives.

Un mouvement contradictoire de rapproché affectif et de mise à distance souligne les efforts entrepris pour comprendre le système familial. Dans sa position limite entre l'intérieur et l'extérieur du groupe, l'adolescent apporte les contestations du dehors, et en cela il cristallise à merveille les tensions de la famille. Au cours de ce va-et-vient avec la société, il apporte un questionnement perpétuel, fruit de son exploration étrange, celle qui chausse les lunettes de l'enfance, tout en ne comprenant pas encore les regards des adultes.

Patients désignés «rêvés» pour les thérapeutes de la famille, ils ne pourront s'autonomiser qu'en refaisant le parcours - à l'envers ? - de l'histoire.

La relativisation des valeurs, des normes actuelles, ne constitue-t-elle pas le viatique des explorateurs ethnologues ? Les mythes familiaux à redécouvrir condensent l'imaginaire, ils sont à déchiffrer pour mieux s'en distancier.

A travers les générations des souffrances s'enkystent, parfois les «secrets» se déplacent sur celui qui interpelle la famille. La voie ouverte aux adolescents dans leur retrait caractéristique reste d'explorer leur généalogie, avec un goût venu d'ailleurs, étrange, motivé par leur questionnement intérieur.

On comprend mieux ainsi les difficultés d'une prise en charge individuelle des crises de l'adolescence. L'implication du thérapeute ou l'intervention auprès de l'ensemble du système familial apparaissent les seules approches adaptées.

Dans ses élaborations, dans son écoute au quotidien, le «psy» risque parfois de s'identifier à cet explorateur du système familial, étranger au groupe, mais risquant aussi d'être utilisé au profit de chaque membre.

En posant un regard extérieur au système, il peut recadrer les enjeux des conflits et faciliter le changement collectif. Ce qui n'exclut nullement, voire parfois le prépare, le nécessaire cheminement individuel. Ainsi, on ne pourrait pas abstraitement opposer l'approche psychanalytique aux thérapies systémiques de la famille.

Adolescents à la recherche de leur identité, d'une adéquation avec leurs corps, ils manifestent par une étude minutieuse leur exigence de vérité. Mais les adultes peuvent-ils répondre totalement à cette attente?

Au légitime secret de l'adolescent, l'espace privé à préserver n'est-il pas aussi une manière d'affirmer la consistance du projet de vie des adultes, d'inciter au voyage, non transparent, et conflictuel de la vie ?

A. Touati

"LA REVOLUTION DES PETITS PAS"



Trente ans après la déclaration des Droits de l'Enfant, avait été signée, le 20 novembre 1989, à l'O.N.U., la convention internationale de ces mêmes droits. «La révolution des petits pas» (1) succède à cette signature.
De la notion de droit octroyé aux enfants par les adultes à celle de la «Cause des Enfants» de F.Dolto, omniprésente dans ce colloque, où un hommage émouvant lui a été rendu , la question de nos devoirs et de nos responsabilités d'adultes envers l'enfant reste entièrement posée.
«Enfant de droit», c'est affirmer et reconnaître les enfants comme des sujets parlants donc désirants et citoyens du monde à part entière dans nos pratiques au quotidien. Souvenons-nous que nous n'avons pas le pouvoir de donner la parole aux enfants, mais seulement celui de remplir nos devoirs à leur égard : les entendre quand ils nous parlent, «en tentant de nous le crier, à travers leurs maux» souligne Willy Berral, président de l'association dans son discours d'ouverture, aux mille six cont participants (enseignants,travailleurs sociaux, médecins, psychologues... et parents).
En organisant ce colloque, et en reprenant la métaphore de F.Dolto «La révolution des petits pas», l'association s'est donné pour objectifs de dénoncer les pratiques et les violences institutionnelles à l'égard de l'enfant, de formuler des propositions concrètes au Conseil économique et social, par l'intermédiaire de J.P. Rosenzweig, directeur de l'I.D.E.F. et de mettre en place les Etats généraux des enfants.
Quatre thèmes essentiels ont servi de support aux journées du colloque, et ont permis une confrontation riche et dense entre praticiens de champs divers et des échanges fructueux à propos d'expériences professionnelles.
Au cours de la première journée - centrée sur «l'écoute et l'accueil à la naissance»- s'est réaffirmée l'idée de «l'état d'urgence en matière d'accueil du nouveau-né», comme l'a souligné Catherine Dolto-Tolitch, héritière du célèbre postulat «tout est langage» ; d'où la nécessité d'affirmer les moyens d'approche des praticiens de la petite enfance, au niveau d'une prévention précoce, avant même la naissance du «petit d'homme». Parmi les nombreux intervenants de cette journée, particulièrement appréciée du public, citons Fraus Veldman, père de l'haptonomie périnatale, Bernard This à propos du droit de l'enfant à «sa sécurité de base», Roger Bessis évoquant à la fois les mérites et les abus des échographies, et Sylviane Giampino, présidente de l'A.N.A.P.S.Y.pe. Cette dernière, dans un style évocateur, a insisté tout particulièrement sur la nécessité d'être proche de la souffrance de l'enfant, en se gardant d'un interventionnisme institutionnel excessif, et en prônant le droit de l'enfant à la singularité : «Soyons tout simplement à l'égard de l'enfant prévenant» a-t-elle conclu.
«Créer des espaces et des lieux de parole pour les enfants» fut le thème de la 2e journée, dont les temps forts furent l'intervention d'Andrée Ruffo, avocate et juge pour enfants, dans sa compréhension du verbal et du non verbal exprimé par l'enfant, et celle de sœur Irène Devos sur la naissance violente des bébés en prison. Les expériences et pratiques innovantes évoquées au cours de cette journée ont fait surgir des propositions concrètes au niveau de l'hôpital, du tribunal, des prisons, mais aussi à la radio, au musée, dans les journaux, dans la ville.
La journée du mercredi, consacrée à l'école et intitulée «Aimer l'école ? Une école à toute heure et à la carte» a permis l'émergence d'un certain nombre de réflexions autour du système scolaire ; Jean-François Sabouret, chercheur au C.N.R.S., a rappelé les paradoxes de l'école japonaise, dans un contexte de réussite systématique, et ses conséquences sur l'éducation de l'enfant.
Des témoignages fort intéressants sont à mentionner comme ceux de Michel Amram et Fabienne d'Ortoli («supervisés» par F. Dolto), à propos d'une nouvelle manière d'être dans la société, à l'école de la Neuville, et de Jean-Gabriel Cohn-Bendit, relatant la création expérimentale, dès 1982, d'un lieu de vie scolaire rattaché au lycée de St-Nazaire, marqué par la pratique institutionnelle du partage des pouvoirs.
Citons tout particulièrement l'intervention remarquable, tant dans sa forme que dans le fond, de Stella Baruk à propos d'une pathologie dite «de» l'enfant à une pathologie du sens. En posant des questions simples à propos des mathématiques, elle mit l'auditoire dans une situation active de prise de conscience du non-sens pédagogique de ce langage.
La dernière journée, sans doute la plus fructueuse, à propos de «l'origine éthique des maladies» souligna, un peu plus, la pertinence de ce congrès.
D'une extrême richesse, elle fut ponctuée par la présence chaleureuse et toujours pleine d'humour de Stanislas Tomkiewicz. Il a rappelé que «le rêve de libérer l'homme resterait un rêve tant qu'on n'aura pas libéré l'enfant», et que ce dernier a droit au respect non seulement juridique mais aussi à celui transmissible par l'amour. A ce propos, il a cité le pamphlet écrit en 1929 par Janus Korczak, médecin juif polonais, qui a établi la pédagogie moderne, fondée sur la confiance, l'autonomie, le respect et les droits de chacun. Cet homme est entré dans la légende en 1942 en accompagnant jusqu'à la mort, à Tréblinka, les deux cents enfants juifs dont il avait la responsabilité.
D'autres témoignages ont été illustrés par des films, comme «L'enfant et l'hôpital» de D. Rapoport, et «Mon corps, c'est mon corps» présenté avec émotion et brio par Emmanuelle Piet.
Parmi les conférences, citons plus particulièrement celle d'Aldo Naouri, pédiatre, qui, à propos d'un pari sur l'enfant invite au recadrage des fonctions parentales dans leur différenciation

essentielle. A cette différence, l'enfant lui-même travaille, rappelle Aldo Naouri. Il extrait ses propos de son dernier ouvrage (2) «Parier sur l'enfant». Citons également la conférence de Juan David Nasio, qui a su faire revivre avec sensibilité la consultation psychanalytique d'enfants de Madame Dolto.

A cette grande clinicienne, il disait souvent : «Tu es un merveilleux polyglotte qui non seulement parle plusieurs langues, mais les parle toutes en même temps».

L'ensemble du congrès a tenté de montrer la complexité de l'adéquation de la théorie et de la pratique, en référence aux travaux de F. Dolto. Par ailleurs, ce colloque a été un lieu d'échanges riches à propos des multiples expériences des praticiens innovateurs, dans une perspective révolutionnaire d'écoute du sens de la parole d'un enfant.

Souhaitons que les Etats généraux des enfants (en préparation actuellement) ainsi que les propositions concrètes transmises au Conseil économique et social permettent une avancée dans ce domaine et la promotion des droits de l'enfant, en tenant compte notamment de leurs cahiers de doléances.

Comment, dans notre pratique, rester vigilant, et se laisser surprendre par le petit d'homme en ouvrant le champ du possible, et en tenant compte des potentialités humaines ? S'agit-il d'une (r)évolution des mentalités ?

Pendant une manifestation de quatre jours d'une si grande ampleur, l'intérêt de l'auditoire a été manifeste.

Cependant, il est paradoxal que ce colloque, destiné à la restitution de la parole de l'enfant, n'ait pas permis, par un échange direct, la prise de parole des participants, autrement que par la médiation d'une feuille de papier...

L'animation humoristique du dessinateur Bernard Cheneez a apporté une note conviviale à ces journées, par ses illustrations fort à propos et pertinentes.

Dans un souci de prévention précoce de troubles pathologiques, un dernier clignotant de prudence s'impose : comment se garder des excès doltoiens, tout en respectant le sens de ce que F. Dolto a voulu nous transmettre.

Si nous voulons que les «utopies de demain deviennent des réalités d'aujourd'hui», "la révolution des petits pas" ne commence t-elle pas dans nos «propres souliers» de praticiens et de parents ?

Eveline Lehnisch - Anna Kaplan

(*) Les actes du colloque, à commander à l'association, paraîtront fin juin.

(1) Enfant de Droit, «La révolution des Petits Pas», colloque organisé à Paris du 15 au 18 janvier 1989, dans le cadre de l'U.N.E.S.C.O., sous l'égide de l'association «La Harpe», 36 av. Reille, 75014 Paris. Tél. : (1) 45.65.38.71.

(2) «Parier sur l'enfant», Ed. du Seuil.

L'OBJET ET L'ENFANT

Tel était le titre des journées d'étude organisées par le C.O.R. (1).

Un bon équilibre a été trouvé entre des exposés longs, faisant appel à des concepts théoriques pour relier les interprétations des expériences cliniques, et des interventions courtes qui étaient, en général, des réflexions basées sur des expériences concrètes de cliniciens au cours de leur pratique.

Ainsi, Christian Guerin nous a parlé de «l'envie», non pas seulement de celle de l'enfant, mais aussi de celle du thérapeute, sujet peu évoqué par les théoriciens et Annie Clancier nous a fait réfléchir sur le malheur de l'envieux.

Des questions telles que : «L'envie est-elle positive car elle peut signifier une ouverture, une possibilité de déposer les choses qui nous empoisonnent ? ou bien est-elle négative car elle peut être destructrice? Quelle est la différence entre désir et envie ?» ont été abordées avec la participation active du public.

Annie Anzieu, au cours d'un exposé fort intéressant, a relié ses expériences de clinicienne sur la concrétude de l'objet et la construction du moi à des travaux d'autres théoriciens comme Freud, Klein, Ferenczi ou Meltzer. Des concepts tels que ceux de trace, d'interface, d'enveloppe intérieure ont été évoqués pour rendre compte de la relation de l'enfant à l'objet.

Madeleine du Lac nous a parlé de son vécu par rapport à un objet qui devient clé dans une thérapie, «un appareil de photo» : on s'approche, on s'éloigne, on transforme.

Guy Benoit nous a introduits à un sujet peu étudié en France, le compagnon imaginaire chez les enfants. Fantaisie ? Fantasme ? Hallucination ? Il est différent de l'objet transitionnel et vient occuper la place du support de l'enfant dans les moments difficiles : une ouverture vers de nouveaux sujets de réflexion.

De son côté, Marcel Thaon nous a amenés en voyage à travers l'analyse de deux films : « Le faux semblant» et «Nocturne indien». Le mystère du compagnon imaginaire a été également évoqué. Respecter ce mystère peut aider l'enfant dans sa construction de l'objet interne.

Enfin, on a aussi pu sortir un peu du cercle des "psy" en admirant l'excellent travail de la compagnie «Vélothéâtre» dans leur pièce «Enveloppes et déballages» et en discutant après sur leur première expérience. Une excellente idée !

Elvia Taracena

---

(1) En Arles, les 10 et 11 février 1990.
C.O.R. : Clinique des Objets de Relation - Siège : Hôpital Joseph Imbert - 13637 Arles Cedex.

A PROPOS DE L'AUTISME

Plus de cinq cents participants : médecins, psychiatres, psychologues, éducateurs, orthophonistes et parents ont assisté à un colloque destiné à faire le point sur les approches thérapeutiques et éducatives de l'autisme. (1)

L'éternel débat sur les causes de l'autisme, qu'elles soient psychologiques ou génétiques, a été dépassé. Jacques Hochmann a immédiatement précisé : «Il est temps de dépasser ces clivages».

A Villeurbanne, depuis vingt ans on «mixe» la prise en charge.

A «ce malade qui est comme une forteresse, muré dans sa solitude et sa souffrance», les soignants et la famille tentent d'ouvrir les brèches du mur et de permettre la communication.

La psychologue Annette André a montré, dans son intervention, comment le thérapeute rentre dans l'univers de l'enfant pour ensuite l'ouvrir aux autres.

Soins individuels, personnalisés, intégrant le rythme de chaque enfant, initiation au langage, travail avec la famille, tels sont les grands axes de l'équipe de Villeurbanne.

D'autres intervenants ont pu présenter l'état de leurs recherches sur l'autisme. L'intégration scolaire en particulier et dans la société, en général, apparaît possible mais délicate car elle «nécessite d'intégrer vraiment la haine et le rejet qu'engendrent l'enfant autiste, souvent un enfant difficile».

Jean Christophe Janin

---

(1) Journées organisées par le Pr. Hochmann à Villeurbanne, les 15 et 16 décembre 1989 sur le thème «Approches éducatives et thérapeutiques de l'autisme et des psychoses infantiles précoces».

CONTRE TRANSFERT ET INTERPRÉTATION DANS LES GROUPES

La situation analytique groupale impose de fait des modes spécifiques d'émergence des processus psychiques. En thérapie de groupe comme dans la cure individuelle les questions de l'interprétation et de l'instauration du transfert demeurent centrales. Ces questions ont été retenues par la Société Française de Psychothérapie psychanalytique de groupe (1), afin de les travailler à partir de la théorie et de la pratique.

Le fondement de l'interprétation réside bien entendu dans les éléments verbaux émergeant dans le groupe, mais ceux là même dépendent étroitement des conditions d'instauration du dispositif. C'est donc tout naturellement à partir de ce concept que Jean-Claude Rouchy aborda le problème du cadre et de ses caractéristiques.

Le dispositif englobe le cadre et les conditions spécifiques d'instauration de la thérapie groupale, conditions essentiellement portées par les règles, lesquelles font partie intégrante du processus analytique lui-même. Ces règles, assimilables à des conventions, donnent à la parole échangée la valeur d'un «dire avec» (Mitsagen) tel que la souligné René Kaës dans sa discussion.

Malcom Pines, Group-analyst anglo-saxon, dans la mouvance de Foulkes, nous rappela opportunément les trois aspects polysémiques de la notion d'interprétation et précisa par ailleurs le sens de celle-ci pour l'analyste en infléchissant le rôle de thérapeute «vers ce qu'il est plutôt que vers ce qu'il fait».

La position de l'analyste, voilà le problème posé et par voie de conséquence aussi, celui de la violence qu'implique cette interprétation.

Salomon Resnik insista sur la nécessité de respecter l'espace personnel de chacun et d'ouvrir l'espace mental du groupe.

La question de la violence sera reprise par Jeanine Puget, analyste travaillant en Argentine, et qui s'est trouvée confrontée dans la pratique à l'intrusion du signifiant social dans le matériel clinique. Cela fut l'occasion d'une élaboration théorique en différenciant des zones de discours groupal du «quotidien» et de l'»analytique», ainsi qu'un espace transsubjectif ou peut s'élaborer de manière singulière le poids traumatique du social.

André Carel, discutant émérite, apporta l'hypothèse d'une articulation possible entre la violence fondatrice du groupe (au sens que lui attribue Piera Aulagnier) et la violence issue du trauma social. Cependant, il convenait de préciser que le patient qui participe à un groupe analytique vient écouter un analyste et non pas un sujet qui vit le quotidien, même si celui-ci est un sujet du quotidien.

L'intervention d'Ophélia Avron était centrée sur les «balafrés du divan» (expression de José Baranes) c'est-à-dire les patients ayant suivi une cure individuelle et qui poursuivent le travail analytique par des séances de psychodrame.

Le dispositif psychodramatique permettrait à ces patients de disposer d'un espace d'attente, de regarder jouer les autres et de s'investir progressivement. Ces patients ont souvent un problème d'initiative révélant une violence pulsionnelle qui s'illustre par des traits liés au fantasme de persécution et à l'idéalisation. L'intérêt, dans ce cadre, est de pouvoir conflictualiser ces tendances.

La résultante est que le thérapeute, dans cette perspective, se situe clairement dans une position de renforcement du moi du patient.

Malgré l'intérêt des échanges, on a pu ressentir durant ce colloque un sentiment étrange : que le dispositif analytique serait avant tout destiné à interpréter au sens littéral... C'est à dire à échanger de la parole où patient et analyste se retrouvent logés à la même enseigne mais où le rôle tenu par ce dernier serait de restituer le sens caché de l'être du patient. Pas étonnant que l'analyste doive à ce point maîtriser son propre transfert puisque tout tiendrait ainsi dans la personnalité du psychothérapeute et dans ses capacités d'analyse contre transférentielles.

Mais si l'on partage l'ensemble des référentiels de la cure groupale, il faut dire que ces journées ont permis un véritable travail d'élaboration grâce à un débat tenu sans complaisance et où un certain nombre de différences conceptuelles ont pu être exprimées.

Patrick Conrath

(1) Congrès qui s'est déroulé à Paris les 2 et 3 mars 1990.
S.F.P.P.G. 17, rue des codres, 78100 St-Germain-en-Laye

RESPECTER "L'ÉTRANGETÉ" DE L'ENFANT

A travers des journées d'étude (1) sur un thème ambitieux "Culture de l'autre, autres cultures. Quelle place pour l'enfant ?", le G.R.A.P.E. (2) a souhaité prolonger la question traitée en 1987 sur la petite enfance immigrée. Le travailleur social d'aujourd'hui est amené à intervenir dans un contexte de pluriculturalité. Cette toile de fond multiculturelle est connotée de manière bipolaire (positif-négatif/progrès-tradition/lumière-obscurantisme...) et les institutions sont invitées à dépasser ce clivage, afin de prendre en compte «l'"étrangeté radicale» de tout enfant. Conférences, ateliers et documents audio-visuels ont alterné durant ce colloque. Les axes de réflexion sur la question «quelle société, quel enfant ?» ont permis d'évoquer les pratiques de l'interculturel, à partir d'éléments socio-économiques, ethnologiques et anthropologiques. Les petits groupes, constitués en ateliers, ont abordé ces questionnements portant sur le travail social et l'interculturel, le travail avec les familles, l'accueil du petit enfant dans les P.M.I.*, l'intégration des adolescents, les pratiques en milieu scolaire, les interventions réelles ou symboliques sur le corps de l'enfant (excision, tatouage...) Un thème a particulièrement retenu notre attention : celui de la P.M.I. Dans le cadre de cette institution, Renée Attias, de l'association «Enfance et Musique», a présenté les innovations sociales et culturelles possibles dans un tel contexte. Il s'agit d'un lieu de rencontre avec d'autres cultures (de même origine culturelle : maghrébine, surtout). L'animatrice-psychologue a constaté combien ces femmes étaient en quête de leur propre culture, d'où le projet de travail en vue d'inciter les mères à transmettre leur patrimoine culturel à leur(s) enfant(s).

Ainsi, l'animation prend place durant la consultation médico-sociale elle-même. La P.M.I. peut être aussi le lieu de l'expression de la fête (chants, danses, partage de mets culturels). Comment permettre à chacun de s'approprier sa culture, à travers les différents lieux de vie comme la crèche, l'école, les lieux d'accueil parents-enfants ? Comment permettre à l'enfant de rester... étranger ? De cette formulation paradoxale les institutions pourraient se saisir, si on ne veut pas, opposer de manière insidieuse des cultures de savoir aux autres... «Si les hommes naissent et demeurent libres et égaux en droit», par delà cette notion de droit, l'interculturel et les droits de l'enfant méritent plus que jamais de rester intimement liés

Evelyne Lehnisch

** Protection maternelle infantile.*
(1) Colloque organisé avec le soutien du Ministère de la Solidarité, de la Santé, de la Protection Sociale, et du F.A.S les 26 et 27 janvier 1990, sur le thème «Culture de l'autre, autres cultures. Quelle place pour l'enfant?»
(2) Le G.R.A.P.E. Groupe de Recherche et Action pour l'Enfance a créé le journal «Enfant d'abord» et l'exposition «Né(e) pour naitre». Rappelons que le G.R.A.P.E. a organisé les premiers Etats généraux de la petite enfance en 1978.

LES MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES À L'HORIZON DU 3E MILLÉNAIRE

La thérapeutique psychiatrique a fait un pas décisif avec la découverte des neuroleptiques.
Actuellement les applications de la chimiothérapie connaissent une expansion sans précédent, évolution qui pousse à l'interrogation sur le développement de la recherche en psychopharmacologie et parallèlement sur le développement des neurosciences. Le 1er et 2 mars 1990, la revue Synapse (*) a tenu un colloque où il était question de faire un point précis à la fois sur la situation actuelle dans ce domaine, et sur les perspectives futures. Les quatre grands axes de la nosographie psychiatrique ont été abordés : les schizophrénies, les dépressions où la réflexion s'est axée sur l'extension et le contenu de la notion, la neurologie du vieillissement et enfin l'anxiété qui demeure un concept difficilement cernable. Si on assiste à une augmentation globale des biens de santé mentale, on constate aussi un accroissement de la consommation «des biens de salut chimique» selon l'expression de Markos Zafiropoulos. Pour interroger ce qui fonde cet état conjoncturel, un certain nombre de paramètres doivent être étudiés, allant de l'apport de la neurochimie, de la biologie du comportement aux avancées des logiques sociales et démographiques. Jean Didier Vincent nous a rappelé les centres d'intérêts successifs des chercheurs : la structure, le cerveau «cablé» avec pour corollaire l'oubli du sujet et du milieu, la prise en compte de l'individu en situation par le biais de l'éthologie (pour exemple le lien entre l'action de la dopamine et la modification du milieu), et enfin la période actuelle centrée sur la «cognition».
P. Boyer rappela les lignes de force des orientations actuelles et à venir de la recherche, le parallèle entre les axes neuropsychologique, clinique et psychopharmacologique, une tendance à l'affinement qui met fin à la période où l'on pensait que les neuroleptiques fonctionnaient , peu ou prou, tous de la même manière. Mais faire un état des lieux n'épuise pas la question de la prescription de la recherche, débat qui s'est engagé autour de l'exposé de Madame Fagot-Largeaut. La tendance actuelle étant à un «phagocytage» du modèle médical par le modèle expérimental, un certain nombre de projets, notamment celui d'un Comité de protection des personnes prépare à cette éthique de la recherche. Elle comporte d'une part un «devoir» d'essai (du médicament avant la mise sur le marché) mais aussi une obligation de la protection des personnes qui se prêtent à des recherches biomédicales. L'aménagement simultané de ce droit qui doit comporter des dispositions particulières pour les majeurs sous tutelle et pour les mineurs, et de ce devoir demeure bien délicat.
Enfin, les logiques d'évaluation sociale ainsi que les perspectives démographiques avec les trois facteurs - fécondité, mortalité, immigration - ont un poids déterminant sur la consommation de la santé pour les années à venir. Marquée par l'évolution des types de pathologies, augmentation de la toxicomanie, de la dépression, la société actuelle se caractérise par des modes de vie nouveaux où les «piliers» traditionnels tels que l'emploi et la famille sont en train d'éclater.
Cette configuration où l'on chemine entre la prévention et la prescription portée par une compréhension nouvelle des mécanismes cérébraux n'est pas sans influence iatrogène sur l'individu.
C'est un des paramètres que nous ne manquerons pas d'étudier dans un prochain dossier du "Journal des Psychologues" axé sur les effets de la psychopharmacologie, avec le concours des soignants et des chercheurs sensibilisés à cette question.

Patrick Conrath

(*) Synapse, Revue médicale spécialisée en psychiatrie. 217, rue Saint Honoré - 75001 Paris;

Exposition : CLÉRAMBAULT, plasticien du regard

Clérambault était certainement un explorateur à sa façon. Ce médecin-inspecteur de l'Infirmerie psychiatrique de Paris du début du siècle connut la notoriété à travers une démarche d'observation hors du commun qui lui permit de décrire, avec la minutie du spécialiste et un sens esthétique de la description, des phénomènes psychologiques caractéristiques de la psychose, tel l'automatisme mental. Aujourd'hui, on retrouve Clérambault non pas pour s'intéresser au «clinicien du regard» qu'il était et que Lacan reconnaissait comme son seul maître en psychiatrie, mais pour sa contribution artistique, par le biais de la photographie, art vers lequel il déplaça son talent d'orfèvre de l'observation. L'exposition qui lui est consacrée au Centre Georges Pompidou*, présente un échantillon d'une centaine de photographies originales et inédites de G.G. de Clérambault, datant du début du siècle. L'artiste porte son regard sur les voiles et les drapés qui recouvrent les femmes du Maghreb. A travers les plis et les nouages subtilement mis en valeur par l'artiste, on devine la passion de Clérambault pour les étoffes. Mais plus qu'une invitation au toucher, il est question d'une poursuite de l'approche de l'observation, du regard qui maintient une distance, érotisée -dirait-on aujourd'hui- entre la contemplation et le rapprochement corporel. Comme pour les malades qu'il décrivait, Clérambault étudie attentivement par l'objectif ce que manifestent de profondément esthétique ces femmes marocaines. Celles qui nous paraissent les plus proches sont aussi les plus couvertes, où parfois un filet de regard pénètre l'oeil de l'observateur. Car finalement, qui pourrait dire, qui était vraiment observé, à l'Infirmerie générale ou sur les collines de Fez, le patient soumis à l'objectif ou l'observateur patenté ?
Après avoir assisté à cette exposition brève, on emporte avec soi une interrogation sur l'esthétique du regard mais aussi sur l'homme. Clérambault captive autant par sa destinée que par ses images. Peu à peu son regard se voilera à son tour. Il devra se faire opérer de la cataracte et, quelques temps après, dans un dernier déclic, il mettra fin à ses jours.



Bibliothèque publique d'information

Maroc, vers 1915, Coll. Musée de l'Homme.

Patrick Conrath

** Centre Pompidou, Galerie de la B.P.I. du 21 février au 14 mai.*

Du bon usage des conflits dans le couple

Les conflits conjugaux et familiaux viennent exprimer fondamentalement une insatisfaction. Il est vrai que les partenaires du couple n'évaluent pas toujours de la même manière le vécu qui les sépare...
C'est essentiellement lorsque le couple et la famille se sentent menacés par la crise que le thérapeute est sollicité. Il lui faut cependant écarter ses propres présupposés idéologiques et culturels pour engager une action thérapeutique fructueuse. S'il réussit à restituer une dimension ludique à ces tensions douloureuses, le thérapeute aura gagné la partie. Mais est-il lui même totalement émancipé de ses propres peurs et angoisses face à la sexualité ?



Les couples portent en eux la capacité de surmonter la crise.

Les conflits conjugaux et familiaux viennent exprimer l'insatisfaction ou des insatisfactions. Or, il y a souvent disparité entre les partenaires, quant à la perception des insatisfactions. L'un aura l'impression qu'il a eu des années de bonheur tandis que l'autre ne partagera pas cette impression, ou bien l'un des membres de la famille opposera un déni farouche et ne reconnaîtra pas qu'il y a peut-être un problème et un autre utilisera des conduites de plus en plus «fortes» pour faire réagir les proches et les conflits seront de plus en plus durs.

Parfois, dans un couple, les deux conjoints reconnaissent qu'il y a un problème ou des difficultés.

Le conflit est signe de crise pour le couple et la famille.

Si tous les couples portent en eux des promesses de crises, le plus souvent ils portent également en eux la capacité à faire face à ces périodes critiques et nous pouvons parler de crises comme éléments dynamiques dans la vie d'un couple ou d'une famille.

Les conflits qui peuvent être source de détérioration de la vie familiale ou individuelle sont des conflits liés à des crises «débordantes», c'est-à-dire que la famille se sent débordée et mise en danger, menacée par la crise.

Le couple et la famille doivent avoir la capacité d'utiliser de manière bénéfique les conflits pour opérer les changements que la vie leur impose. Le thérapeute va tenter -avec l'aide du couple- de faire bon usage des conflits et des crises.

Le thérapeute va aussi devoir faire face à cette demande ambigüe du couple ou de la famille :

«Aidez-nous à changer parce que ça va mal, mais sans rien changer».

Le thérapeute peut-il accepter la contradiction à laquelle il est confronté et laisser momentanément de côté son désir de promouvoir le changement ? Il peut - dans un premier temps - chercher à repérer quelle est l'organisation interne propre au couple ou à la famille et quelles sont les solutions que la famille a trouvées pour affronter la crise.

La famille utilise probablement beaucoup d'énergie pour y faire face et le thérapeute ne doit pas «faire perdre la face à la famille ou au couple» en signifiant que les solutions trouvées, disputes, silence, violence, utilisation des enfants... ne sont pas bonnes. Pour le moment, ce sont les meilleures que la famille ait trouvées. Il faut absolument épargner l'image des individus et l'image du groupe familial.

La famille peut alors faire alliance avec le thérapeute et s'engager activement dans la thérapie.

Par rapport au conflit, le thérapeute va être dans une situation de bouleversement car il doit écarter ses propres jugements de valeur qui sont le reflet de ses critères idéologiques et de ses propres choix de vie.

Les causes ou les conséquences des conflits ne doivent pas être soumises aux appréciations des thérapeutes. Il faut donc écarter les questions telles que :

- est-ce bien ou mal de boire, de fumer, de battre sa femme ou son mari ou ses enfants, de partir chez sa mère lorsque la tension est trop grande...?

En fonction de la culture, de l'idéologie, de l'histoire et de l'éducation de chacun, cela aura une valeur positive ou négative.

Le thérapeute doit écarter ses jugements et ses appréciations personnels. Il pourra alors travailler par hypothèses successives pour comprendre quelle est la fonction du conflit dans la tentative de résolution de la crise.

La crise doit intéresser le thérapeute non comme un obstacle ou une difficulté à éliminer le plus rapidement possible de la vie du couple mais plutôt comme un élément essentiel de la vie de ce couple ou de cette famille.

Si la crise évoquée, apportée, racontée par le couple fait «peur» au thérapeute, lui fait «horreur», le met dans une situation de stress, d'angoisse, c'est à mon avis une raison prioritaire pour refuser une thérapie. Si la crise met en danger le thérapeute dans sa propre tranquillité, celui-ci doit renoncer à la thérapie.

Je nuance cela en disant que toute thérapie va mettre en déséquilibre, à un moment donné, le thérapeute. Je ne pense pas qu'il y ait de thérapie sans ces moments de doute, d'hésitation thérapeutique, de solitude, de perte de confiance ; mais s'il y a un trop grand danger, personne ne pourra bénéficier de la thérapie - ni le thérapeute professionnellement et personnellement - ni les patients.

Chaque thérapeute doit être assez vigilant pour savoir quelles sont les crises qu'il aime traiter et celles qu'il n'aime pas traiter.

Pour ma part, je n'aime pas certaines organisations sexuelles, ce sont ces couples qui vivent des relations sexuelles avec échanges de partenaires et qui consultent quand un des membres enfreint la loi : «pas de relations amicales, amoureuses, sexuelles en dehors du groupe.»

Si une histoire amoureuse se noue dans ces couples occasionnels, l'équilibre du groupe est rompu. Il en résulte une crise individuelle, conjugale et groupale parfois très grave.

J'ai remarqué que, lors de ces consultations, je ressentais une grande fatigue, souvent une envie de dormir. J'ai le sentiment que ces histoires sont toujours semblables, ne présentent rien d'original ; je trouve ces situations tristes, ni amusantes, ni dramatiques, ni pathétiques et je ne peux entreprendre aucun travail thérapeutique.

La crise, les conflits doivent apparaître au thérapeute dans leur dimension ludique. Il y a un scénario qui se répète avec « les plus faibles, les plus forts». Ceux qui vont perdre et ceux qui vont gagner, comme dans une histoire connue de chacun. En famille, on répète ce même scénario. L'objectif, qui est de résoudre un problème, paraît oublié et le scénario conflictuel est recommencé avec parfois quelques variantes.

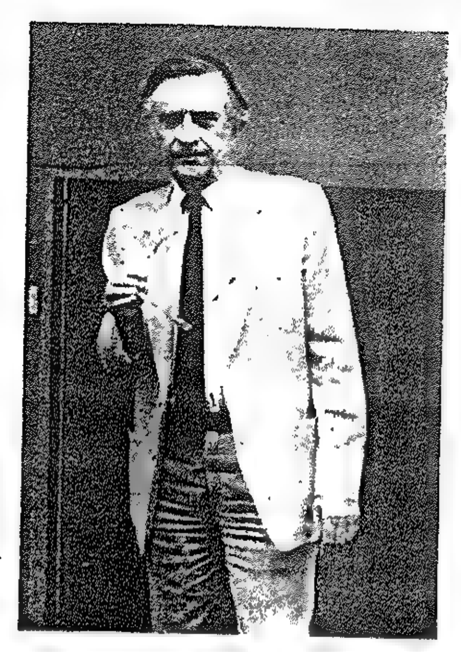
Si, grâce à la thérapie, le couple et la famille peuvent inventer un «jeu» tout aussi intéressant mais moins destructeur et moins douloureux pour les individus, le couple ou la famille, alors la partie thérapeutique est gagnée. En jouant avec le couple, les thérapeutes ont élargi l'éventail des jeux amoureux et relationnels ; les aspects répétitifs et aliénants vont s'atténuer et un peu de liberté peut être gagnée.

C'est alors que des solutions mieux adaptées aux problèmes réels sont trouvées.

■ **Yvonne Bruel**

Jean BERGERET

Dépression : quelles personnalités ?



Professeur à l'université de Lyon II, directeur scientifique de l'I.R.E.F.R.E.A.*, psychiatre et psychanalyste, Jean Bergeret est connu pour ses travaux concernant les états-limites. Il a proposé un éclairage nouveau sur les phénomènes de la dépression et une réflexion sur les réponses cliniques adaptées à y apporter.

* *Institut de recherche européen sur les facteurs de risques chez l'enfant et l'adolescent. Université Lumière Lyon II, av. Pierre Mendès-France, 69500 Bron.*

Certaines personnalités sont-elles plus prédisposées que d'autres à la dépression ? Serait-il possible à certains individus d'y échapper ?
L'être humain est confronté depuis son plus jeune âge à des périodes de détresse et de vide affectif qui l'entraînent inévitablement vers des phases dépressives. Comment alors distinguer ces moments des formes pathologiques de la dépression ? Une approche différentielle paraît indispensable pour permettre d'accéder à des prises en charge adaptées. Jean Bergeret nous indique que nombre d'entités cliniques ne peuvent être entendues qu'à partir des deux grands cadres structurels névrotique et psychotique. Soulignant l'importance de la dépression-limite, il explique le passage de la dépressivité, affect momentané, à la dépression essentielle comme forme pathologique.
Au moment où les manifestations dépressives représentent un des plus grands problèmes de notre temps, il apparaît essentiel de mieux les comprendre, ce d'autant plus qu'elles sont indispensables à l'évolution de l'être humain. Jean Bergeret explique ce phénomène d'inflation actuelle par l'affaiblissement de la constitution de la cellule familiale et la carence des modèles imaginaires proposés aux enfants. Il nous montre comment les moments dépressifs vécus tout au long de notre vie peuvent devenir mobilisateurs, car si l'entourage est suffisamment structuré, ils facilitent l'accès à une maturation de la personnalité. Penser la désillusion serait ainsi une étape indispensable dans le développement psychique de l'individu.

Journal des Psychologues : Pouvez-vous nous rappeler les différentes formes de dépression que vous avez mises en évidence ? Car au-delà de l'étiquette «dépression», nous devons reconnaître "des" dépressions...

Jean Bergeret : Il faut d'abord distinguer la dépression de la dépressivité. La dépressivité n'est pas ce que l'on appelle, au point de vue psychopathologique, «la dépression». Il faut réserver cette appellation à des entités qui sont du cadre de la pathologie. Chacun de nous possède des potentiels de dépressivité plus ou moins importants.
Il est normal et heureux de disposer de ce potentiel de dépressivité... car c'est une soupape tout à fait légitime dans la vie affective de tout humain. Il est nécessaire de pouvoir avoir accès à des moments de dépressivité, sans que cela aille trop loin, et sans que cela se produise trop souvent.
Ainsi se régulent certaines crises, certains moments affectifs qui seraient beaucoup plus mal négociés s'il n'existait pas cette soupape.
Ceci dit, la dépressivité faisant partie des comportements normaux sur le plan affectif, la dépression, elle, reste pathologique, et il n'y a pas qu'une seule forme nosologique de dépression.
J'ai surtout insisté sur cette forme particulière, mal étudiée avant, qui est la dépression propre aux états limites, c'est-à-dire la dépression que l'on peut appeler «essentielle», parce qu'elle n'est ni psychotique ni névrotique. Mais il existe, bien entendu, (et cela avait été décrit bien longtemps avant mes travaux) des dépressions d'ordre névrotique avec leur cortège de symptômes et de difficultés propres, et qui se situent dans la lignée structurelle névrotique. Et puis, il existe aussi des dépressions psychotiques, bien connues et décrites depuis longtemps, et qui sont le propre d'accidents dépressifs survenant au sein d'une lignée structurelle d'ordre nettement psychotique.
On appelle actuellement, dans la littérature, dépression «névrotique», tout ce qui n'est pas psychotique. Ceci est absolument erroné et dangereux du point de vue pratique et thérapeutique, car il existe très peu de dépressions qui soient vraiment névrotiques au sens plein du terme. Il existe un certain nombre de situations qui sont en rapport avec le

cadre psychotique, mais la plupart des dépressions, et la plus grande majorité (presque la totalité) de ce qu'on appelle les dépressions névrotiques sont des dépressions qui ne sont pas névrotiques mais qui demeurent en rapport avec une pathologie du narcissisme ; ceci nous ramène, bien sûr, à ce que j'ai décrit à propos de la pathologie limite. Ce sont des personnalités mal structurées, dont le symptôme principal, en cas de décompensation, est une dépression.

J.D.P.: A partir de cette dépression limite que vous décrivez, et vos recherches sont très axées là-dessus, vous ne parlez donc pas de «structure» dépressive.

J.B.: Non, car il n'existe pas de structures dépressives ; il existe des structures névrotiques et des structures psychotiques, qui sont les seules structures bien organisées après l'adolescence, avec toutes les variations possibles entre pathologie et normalité, et des variations possibles au sein même de la normalité et au sein même de la pathologie, mais de telles structures sont établies une fois pour toutes et on n'y revient plus après l'adolescence. Par contre, la pathologie dépressive essentielle se réfère au cadre des états limites et de la pathologie du narcissisme, c'est-à-dire à une situation qui n'est pas encore structurée, une situation dans laquelle la crise d'adolescence n'a pas joué son rôle fondateur et organisateur comme il serait logique que cela fut.

J.D.P.: Vous avez avancé l'idée que les formes dépressives de statut structurel psychotique se différencient des évolutions structurelles psychotiques classiques. Pouvez-vous nous en dire un peu plus ?

J.B. : Les formes dépressives de la psychose sont des formes qui atteignent vite un degré comportemental, évitant ainsi chez le psychotique des développements délirants , comme on le voit dans les formes classiques de schizophrénie ou de paranoïa . Dans cette dépression du psychotique, il n'y a pas encore apparition de phénomènes délirants. Ceux-ci apparaîtront plus tard, ou bien n'apparaîtront pas. Cette forme économique de décompensation se rangerait plutôt dans le cadre des comportements plus que dans l'état des manifestations essentielles psychiques.

JDP.: Comment un sujet va-t-il être amené à évoluer vers une forme d'économie dépressive psychotique ?

J.B.: Cela dépend de deux facteurs : premièrement, de la qualité des défenses anti-délirantes du sujet, et cela dépend aussi de l'importance des traumatismes qu'il rencontre venant de l'extérieur. C'est avec la rencontre de ces deux ordres de pressions ou de contre-pressions, que se fait le choix d'une forme évolutive, d'un symptôme, etc.

JDP.: Vous nous avez dit qu'il existe chez tout individu une possibilité de regresser à des systèmes de protection de modèle dépressif et que cela peut être positif. Pouvez-vous nous expliquer à quel moment ce système de protection peut devenir aussi un danger ? Autrement dit, comment passe-t-on de la dépressivité à la forme pathologique de la dépression ?

J.B : La dépressivité simple, qui n'est pas encore dépression, constitue un rappel à la solitude, à la nécessité de trouver en soi les ressources suffisantes pour régler des problèmes relationnels et affectifs. C'est de l'acceptation de cette solitude et de l'essai de règlement du conflit sur ce cadre-là , à l'intérieur de soi-même , que va dépendre l'évolution positive de l'affect dépressif. La dépression survient lorsque le sujet, à tort ou à raison, estime qu'il n'est pas à même, seul et en lui-même, de résoudre un problème, et qu'il fait appel à l'autre, dans une espèce de sentiment de perte d'objet, voire de persécution par l'autre, c'est ce qui signe la dépression pathologique.

JDP.: On aurait tendance à penser que c'est à l'adolescence que va se poser avec acuité le problème de l'affect dépressif, avec la quête de l'identité , le deuil des images parentales. L'adolescent semble plus en danger face à la dépression.

JB.: Sûrement. L'adolescent qui cherche son identité, qui cherche à faire fonctionner son imaginaire selon des modèles nouveaux capables d'intégrer les pulsions violentes au sein d'une problématique amoureuse, d'une problématique libidinale, rencontre de très grosses difficultés pour sortir de sa dépendance des images parentales adultes et environnementales en général. Il passe le plus souvent par l'intermédiaire du groupe, qui est une façon atténuée de revivre les identifications parentales sous une forme plus progressive et plus opératoire. Mais très souvent, et surtout à l'heure actuelle, on se rend compte que l'adolescent a des difficultés pour trouver son autonomie, c'est-à-dire accepter des moments de dépressivité. Les statistiques suicidaires, par exemple, ou les enquêtes épidémiologiques d'un autre ordre, nous montrent qu'au moment où devrait se faire l'adolescence (car c'est bien là le problème : se fait-elle, ne se fait-elle pas ?) C'est-à-dire, au moment où devrait se constituer le côté organisateur de l'adolescence, le sujet a des chances assez fortes de passer dans la dépression.

JDP.: Vous parlez aussi dans vos travaux d'un affaiblissement de la consistance de la cellule familiale, de «syncratie» négative au sein de la famille, amenant des carences identificatives. Cela va peser aussi sur le vécu de l'adolescence.

J.B.: Nous rejoignons un peu la question précédente. Je crois qu'il faut faire très attention à ce qu'on dit. Les adolescents d'aujourd'hui qui se trouvent le plus en difficulté ne sont pas forcément des adolescents de familles qui sont particulièrement dissociées, ou particulièrement marquées en ceci ou cela, de façon évidente.

Nos enquêtes épidémiologiques le montrent. Il existe, certes, quelques familles assez toxiques, il y a aussi des familles qui ont vécu des drames considérables, ayant marqué les enfants, mais la plupart du temps, il apparaît que la non-résolution de la crise d'adolescence, les tendances très fortement dépressives des adolescents (qui n'en finissent plus de faire leur adolescence) ne peuvent être mises en relation avec la présence de parents connus comme nocifs. C'est tout à fait différent des évolutions psychotiques ou pré-psychotiques. Il s'agit surtout d'images parentales qui se sont avérées inexistantes. Il faut être cependant très prudent en parlant ainsi : car si on suit de façon trop arbitraire ce qu'a dit Freud , on fait tout de suite le procès de la mère. Ceci est abominable. Je comprends la réaction (bien qu'elle ne soit pas justifiée sur le plan scientifique) des chercheurs qui défendent par exemple la théorie biologique de l'autisme. Certains psychanalystes sont allés un peu trop loin sur le compte de la condamnation des familles. Ce n'est pas pour autant que les «biologistes» de l'autisme ont raison. Je pense qu'il faut être serein et rester dans une prudence, une réserve digne du do-

La dépression survient lorsque le sujet, à tort ou à raison, estime qu'il n'est pas à même, seul et en lui-même, de résoudre un problème, et qu'il fait appel à l'autre, dans une espèce de sentiment de perte d'objet, voire de persécution par l'autre

maine de la recherche scientifique et non pas tomber dans des partis pris soit trop sévères, soit trop déculpabilisants. Il faut bien voir, que l'on a, à tort, et trop habituellement accusé exclusivement la mère. Il faut voir que de rendre responsable le père, comme on le fait parfois pour disculper la mère, ne va pas assez loin non plus. Nous devons considérer qu'il existe toute une constellation d'adultes autour d'un enfant, et surtout à l'heure actuelle où l'enfant ne vit pas dans une ferme isolée au milieu des bois, avec son père et sa mère. Cette constellation comprend le père, la mère, mais aussi les grands-parents, les ascendances familiales, c'est très important. Il y a toute la constellation familiale, les constellations sociale, culturelle, géographique qui tournent autour de l'enfant. Et les conflits (même tenus secrets), les non-dits seront à prendre en compte. Il vaut bien mieux parler globalement des adultes qui ont constitué les environnements culturels de l'enfant, parce qu'on s'aperçoit que ces environnements ne sont pas seulement les parents, mais des environnements très différents, alors même que les enfants n'ont pas été abandonnés à eux-mêmes.

Les mouvements identificatoires passent aussi par les maîtres, les éducateurs, les enseignants (et ceux-là aussi, il ne faut pas les considérer comme innocents dans une opération d'identification des adolescents). Nous devons à l'heure actuelle élargir notre point de vue, en ce qui concerne la précision et la dénomination des cibles identificatoires possibles. La mère seule, ou même la mère et le père, ne sont pas exclusivement concernés.

Ceci étant posé, les systèmes économiques, sociaux, culturels et autres qui entourent l'adolescent ont fait que la famille est devenue de moins en moins puissante, de moins en moins oppressante, avec tout ce que cela comporte de libertés, mais, en même temps, moins de présence. Il ne suffit pas d'accuser, il convient de comprendre les difficultés de chacun. Nous devons constater ce qui se passe, sans porter de jugement de valeur. Nous pouvons dire : il y a des choses heureuses, d'autres qui le sont moins. Il nous faut essayer de bien situer où sont les causes des carences pour proposer (et non pas imposer) une réflexion sur les remèdes possibles.

Un certain nombre de facteurs de risques restent à déterminer, et c'est en faisant de la sorte qu'on essaiera, collectivement, et pas simplement les psychologues, les médecins ou les pouvoirs publics, et arbitrairement les uns et les autres, mais tous ensemble, de se pencher sur les solutions qu'une réflexion et qu'un dialogue à ce sujet pourraient nous permettre de proposer. Il est évident que tout ce que je viens de dire contribue à l'heure actuelle à l'augmentation du risque de dépressions, et pas seulement de dépressivité, en raison de la carence des cibles identificatoires, d'une part, et en raison aussi de la carence des modèles proposés aux jeunes dans notre société. Il est évident que l'audio-visuel, qui a d'énormes qualités et qu'il ne faut pas condamner en bloc de façon trop sectaire, a comme contrepartie la diminution de l'induction imaginaire. Ceci est important, car à la carence identificatoire s'ajoute la carence du fonctionnement imaginaire. L'audiovisuel apporte peut-être à certains de l'imagination, mais ceci n'a rien à voir avec le véritable fonctionnement imaginaire au registre affectif. Il ne s'agit pas simplement d'imaginer des formes ou des musiques fixes et purement répétitives, mais de faire jouer, dans une contribution de scénarios intérieurs, sa relation aux autres, même si l'autre est déguisé sous une autre figure, et même si le sujet lui-même est déguisé sous une autre figure.

JDP.: Sur le plan clinique, quel est le mode de fonctionnement psychique spécifique de la dépression limite ?

J.B.: C'est l'angoisse de perte d'objet. Sur le plan clinique, on constate l'absence du sentiment de valeur de soi. C'est toute la pathologie bien décrite par certains, et notamment des auteurs américains comme Kohut ou Kernberg, mais c'est surtout Kohut qui a décrit le mieux la pathologie du narcissisme au cours des 20 dernières années. J'ai travaillé en même temps que lui, sans le connaître, et son école aux USA comme nos équipes de recherches en Europe, avons déterminé toute cette pathologie du narcissisme qui avait été quelque peu délaissé jusque-là, étant donné que le narcissisme était connu comme une instance d'importance, certes, mais sans référence à une description pathologique. Le narcissisme était considéré comme un accessoire soit de la pathologie névrotique, soit de la pathologie psychotique, alors qu'il existe une pathologie authentiquement narcissique. Or, je crois que l'originalité des travaux conduits par l'école de Kohut aux USA et tous ceux qui ont travaillé avec nous sur le continent, aussi bien en Belgique, en France, en Italie, en Suisse, sur les problèmes des états-limites, a été de mieux cerner la pathologie du narcissisme.

JDP.: En parlant de la mélancolie comme d'une dépression profondément douloureuse, Freud parle d'une réaction à la perte d'un objet aimé. Et vous avancez que ce qui caractérise les états-limites, c'est l'angoisse de perte d'objet. On peut faire le lien.

J.B.: Oui, bien sûr. Dans les états-limites, la perte d'objet n'est pas certaine, mais elle est vécue fantastiquement comme menaçante ou même comme étant réalisée dans les cas extrêmes. Ce sentiment d'isolement (du fait du non réglement de la crise d'adolescence qui doit nous mettre à même de supporter la solitude) nous donne ces grands tableaux d'angoisses d'abandon, ces grandes angoisses de perte de conscience avec des symptômes physiques qui s'y surajoutent du domaine de l'hypocondrie. Et puis, cela conduit souvent à ces idées suicidaires qui constituent une évolution assez grave des dépressions, surtout chez le jeune ; les statistiques sont là pour nous le montrer.

JPD. : Pourriez-vous nous situer votre travail sur la violence fondamentale en rapport à la dépression. Comment apparaît-elle chez le dépressif-limite, car on observe rarement chez celui-ci un comportement extérieurement violent.

J.B.: Bien sûr, le propre du dépressif, c'est d'essayer de lutter contre les deux grands groupes pulsionnels que sont d'une part la violence, d'autre part la libido. Ce qui est mis en avant dans toutes mes recherches et dans les recherches de ceux qui ont travaillé avec moi sur la violence. Freud n'a retenu de la psychogénèse humaine que le deuxième temps. Il n'a pris en compte, dans le mythe d'Œdipe que le deuxième temps, c'est-à-dire le temps génital, le temps où Œdipe tue son père pour coucher avec sa mère. Mais Freud oublie le premier temps. Pour des raisons qui lui sont propres et qui sont en rapport avec sa non-analyse et sa biographie personnelle, il a scotomisé complètement le premier temps, qui est un temps purement violent où il n'est pas encore question de génitalité, ni d'inceste. Il ne parle absolument pas du premier oracle d'Apollon qui dit aux parents d'Œdipe : «Attention, vous allez avoir un enfant, mais cet acte est très grave, car l'enfant qui va naître, ou bien il va falloir que vous le mettiez à mort pour, vous, survivre ou bien il faudra qu'il vous tue, lui, pour sauver sa peau».

Ceci est écrit très nettement dans le drame de Sophocle.

Il s'agit d'une carence importante dans la théorie psychanalytique de base. Freud est revenu souvent sur ce point sans aller plus loin ; il y a fait des allusions, nombreuses, mais il n'a jamais pu construire un système plus complet, incluant ce problème. Il a cherché à trouver des instincts opposés à l'instinct sexuel ; l'instinct de mort et toutes les hypothèses qui sont en dehors de la question sur le plan de la problématique purement

psychologique, sans que l'on puisse en contester pour autant l'intérêt du point de vue philosophique. Alors, il existe un instinct fondamental, qui est l'instinct de violence, et qui ne constitue pas un instinct de mort du tout. Le petit enfant, (et il en reste des traces chez l'homme toute sa vie durant) n'a pas l'intention de tuer l'autre. Il a l'intention seulement de sauver sa peau. Et même si, à l'extrême , il se croit obligé de tuer l'autre, ce n'est pas vraiment par désir de le tuer, c'est pour se protéger seulement. Autrement dit, la violence demeure un instinct de vie, et il est heureux que les enfants aient un instinct de vie . Les enfants qui ne possèdent pas un instinct de vie suffisant meurent dans les crèches ; les pédiatres le savent bien.

Le problème n'est pas de savoir si ceci est bon ou mauvais, c'est simplement naturel. Ce qui compte, ce n'est pas la présence de la violence, mais l'utilisation qui en sera faite par le sujet. L'utilisation normale de la violence conduit à l'intégration de cette violence au sein du courant libidinal pour donner naissance à une force, à l'amour et à la relation ; ceci se trouve bien fonctionner dans les structures névrotiques normales, c'est-à-dire hystériques classiques. Dans les psychoses, c'est tout à fait autre chose; nous assistons à l'évolution inverse. La psychose est marquée par la récupération de la libido au service de la violence ; il s'agit de prendre un plaisir à faire mal, à être agressif. Freud avait déjà observé que l'agressivité comprend de la libido, mais il n'avait pas vu comment celle-ci s'articulait, à l'inverse de la névrose ; il ne s'était occupé que de la structure névrotique.

Quant à la dépression, c'est encore un autre mode de fonctionnement que nous constatons. Le dépressif cherche à vivre à l'économie. Il a tellement peur de ne pas être capable de réguler ses inductions pulsionnelles qu'il fonctionne par inhibition aussi bien du côté de la violence que du côté de la libido. Ce qui fait le drame de la dépression essentielle, c'est qu'elle ne peut satisfaire en aucun cas (faute d'un imaginaire suffisamment à l'aise dans la maîtrise) ni les instincts violents naturels, ni les pulsions sexuelles, naturelles aussi.

JPD.: Si on se réfère aux trois niveaux de fonctionnement psychique : mental, corporel et comportemental , à quel niveau se situe le dépressif-limite ?

J.B.: C'est une distinction faite depuis longtemps par les psychosomaticiens, mais on n'en a pas tiré, sans doute, tout le parti qu'il fallait ; on n'est pas allé assez loin dans cette voie nouvelle, ainsi ouverte.

L'activité affective humaine se divise en trois secteurs :

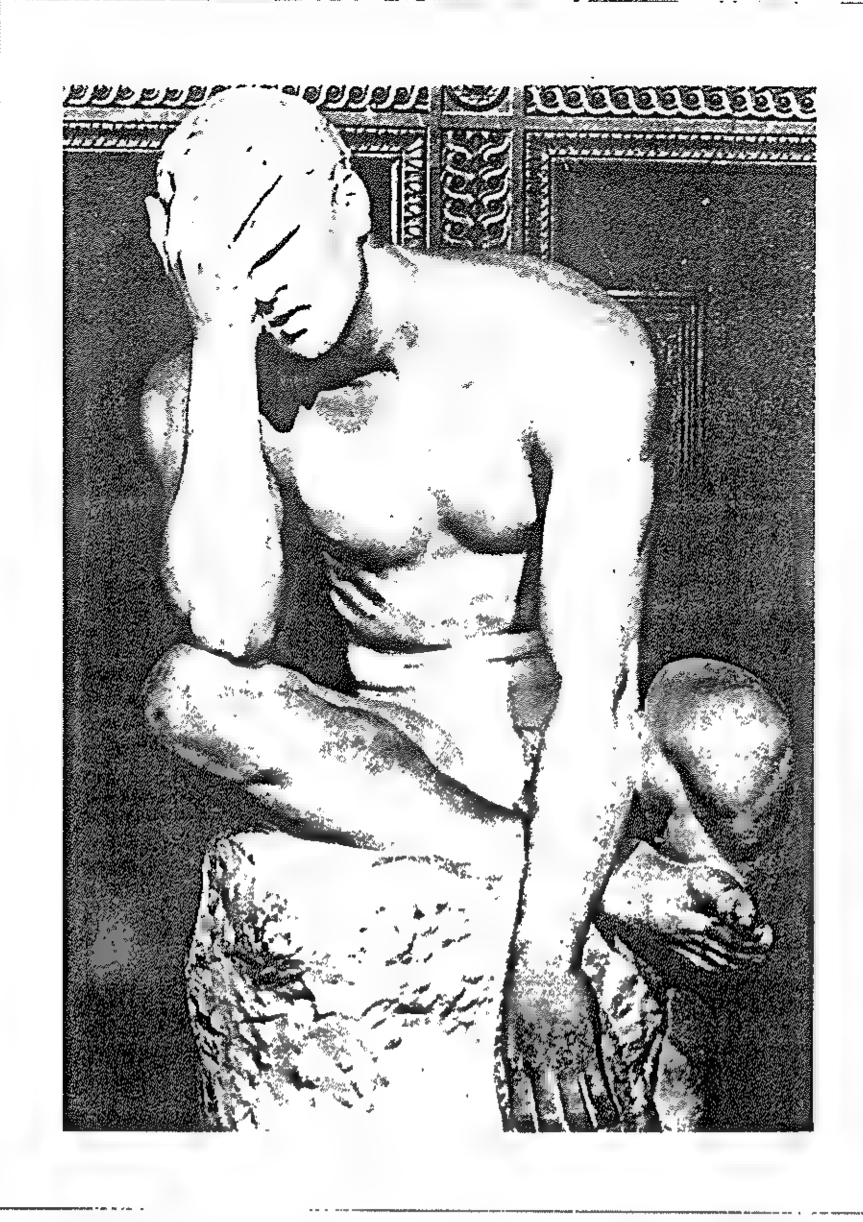
1 - Le secteur mental (les représentations mentales), la verbalisation de ces représentations. Cela donne les maladies psychiatriques habituelles lorsque ça ne marche pas , c'est à dire les psychoses délirantes, les symptômes hystériques ou obsessionnels que nous connaissons, qui sont dits, verbalisés, en prolongement des mentalisations.

2 - On connaît aussi les maladies de comportement. Il y a des névroses de comportement, qui ne se manifestent pas par des paroles, mais par des comportements.

3 - Et puis, il y a des névroses qui se manifestent par des symptômes physiques. L'hystérie en est une, la conversion est une façon de vivre sur le plan somatique un symptôme qui n'est ni comportemental, ni mental.

Il en est de même pour les psychoses. Si les psychoses délirantes sont du domaine du mental, les psychoses du comportement, connues de certains, mais pas assez décrites à mon avis, sont des psychoses comme certains alcooliques, bien connus des médecins des hôpitaux psychiatriques, dans lequel l'alcoolisme n'est rien qu'une façon d'éviter le délire. Les psychiatres les connaissent bien depuis un certain temps, et ils les soignent comme psychotiques et non pas comme alcooliques. Il en est de même dans les études que nous avons faites sur les toxicomanies. De même que dans la délinquance, les grands délinquants, c'est du domaine de l'évolution psychotique non délirante, et quand ils sont arrêtés, ils deviennent délirants, c'est connu.

Il y a aussi les psychoses organiques. Elles n'ont pas été assez décrites. Je pense que les malades graves que voient les psychosomaticiens sont des malades qui ne délirent pas, qui n'ont pas de comportement psychotique, mais qui ont des symptômes qui sont une forme de délire. On est très près d'aboutir aux mêmes conclusions à ce sujet,



Chacun de nous possède des potentiels de dépressivité.

puisque je travaille avec des psychosomaticiens depuis de nombreuses années, et cela est très éclairant .
Il en est de même pour la dépression. Les dépressions mentales nous donnent des individus d'une grande tristesse, d'une grande neurasthénie, comme on disait autrefois. Nous voyons aussi des personnes qui ont des dépressions sous la forme physique, c'est-à-dire l'hypocondrie. Ils se plaignent d'un organe mauvais et ils encombrent les cabinets de médecins généralistes, de spécialistes de la digestion, de la gynécologie ou d'autres spécialités. Ils viennent dire leur dépression, par l'intermédiaire d'un symptôme physique, en particulier avec l'estomac et l'intestin ; ceci est très fréquent. Et ils vont même trouver des chirurgiens en leur disant : « Je ne suis pas bien, j'ai quelque chose de mauvais en moi, d'incomplet peut -être, qui va mal, enlevez-les moi». Ils viennent demander une aide dans le sens de l'anaclitisme et dans le sens de la relation d'objet de récupération. Ces gens - là ne sont malheureusement pas toujours compris à leur vrai niveau par les médecins et les chirurgiens. Et puis, il y a les dépressions de comportement qui sont les dépressions qui peuvent aller vers différents comportements ayant des aspects revendicatifs, mais qui ne s'apparentent pas à la persécution paranoïaque. On les retrouve dans les comportements privés ou publics, et on les retrouve au maximum dans les comportements suicidaires qui sont évidemment assez nombreux.

JPD : Toujours dans la clinique, comment envisagez-vous le traitement thérapeutique des dépressions-limites ? Que pensez-vous des thérapies de groupes par exemple ? Vous dîtes aussi que la prise en charge des dépressions-limites est plus aisée sur le plan thérapeutique que beaucoup de névroses classiques.

JB.: Commençons par la dernière de vos questions. La dépression-limite est plus facile à soigner que les autres entités psychologiques, parce qu'elle est de beaucoup moins bien organisée qu'une structure psychotique ou névrotique. Il faut faire un gros travail de régression sur une structure névrotique, et à plus forte raison sur une structure psychotique pour envisager l'accès ultérieur à un fonctionnement différent. Dans la dépression, on se trouve sur un terrain plus vierge, donc d'abord psychothérapique relativement plus aisé, à condition seulement de savoir ce qu'on fait, et ce dont il s'agit. C'est pour cette raison que les dépressifs ne sont pas toujours aussi bien soignés qu'on pourrait l'espérer. Beaucoup de thérapeutes se lancent dans les traitements divers, de façon aventureuse, sans être au clair avec ce qu'on sait actuellement de la théorie de la dépression et de ses thérapeutiques. La dépression se traite trop souvent par des moyens inadaptés. Certes, dans des cas très graves, quand les individus ne peuvent plus dormir ou plus manger, il est nécessaire de recourir à certains médicaments, à une certaine dose et pendant un temps précis. Mais ce ne sera pas la solution définitive du problème, cela peut aider seulement à mettre en marche un traitement de plus longue haleine. Il faut aussi aménager des psychothérapies. Il existe toute la palette de psychothérapies, c'est selon les cas cliniques précis en cause.
Très souvent, dans les cas très graves, il est nécessaire de commencer par une psychothérapie de groupe qui facilite la sédation de l'angoisse. Le sujet se trouve mieux en psychothérapie de groupe pendant un certain temps qu'on psychothérapie individuelle. C'est pour lui moins éprouvant, moins angoissant. Mais il ne faut pas poursuivre trop longtemps la pratique de groupe, parce qu'il se crée assez vite une dépendance et une espèce de fausse quiétude qui maintient le sujet dans une situation d'adolescence. Le groupe est très souvent utile, mais il peut infantiliser si on y demeure fixé trop longtemps. On envisage le plus souvent des psychothérapies individuelles, les psychothérapies analythiques ou d'autres, jusqu'à la psychanalyse orthodoxe, c'est à dire «la cure-type», dans le cas où cela est nécessaire, mais il y a toujours lieu d'agir avec discernement , nuance et précision.

JPD. : Quelles sont vos perspectives de recherches actuelles dans le cadre de la dépression ?

JB.: Je ne pense pas m'arrêter à l'étude de la dépression chez l'adulte. J'ai mis l'accent pendant tout un temps sur les causes de la dépression au moment de l'adolescence. A l'heure actuelle, nous travaillons avec nos équipe sur le plan européen. Nous avons constitué un Institut Européen qui s'appelle l'I.R.E.F.R.E.A. (Institut de Recherche Européen sur les Facteurs de Risques dans l'Enfance et dans l'Adolescence). Nous nous sommes aperçus (on s'y intéressait déjà depuis longtemps, dans certaines équipes) que les problèmes d'adolescence sont préparés par des grosses difficultés, survenues dans l'enfance, et maintenant nous mettons l'accent sur l'enfance. Or, l'enfance, ce n'est pas simplement le petit enfant, mais c'est aussi la prévention primaire des problèmes qui concernent les parents de demain , des adultes qui seront des parents demain, et c'est à ce niveau-là que nous essayons sur le plan européen de travailler. Une enquête est en cours, que nous avons testée en France dans trois départements du Rhône, de l'Ain et de la Saône et Loire, sur les difficultés qui, chez l'enfant, ont précédé les troubles que l'on observe ensuite.
On étudie au niveau de l'enfance ce qu'ont été, dans la petite enfance, les relations entre les familles et l'enfant. Notre enquête porte là-dessus. On a testé une enquête qu'on va maintenant développer à l'échelon européen dans le cadre de l' institut.
Le centre de recherches se situe ici à Lyon, mais il dépend de Strasbourg, du Conseil de l'Europe. Le président en est un portugais et je suis simplement le directeur scientifique de cet institut. Nous avons tenu un Congrès très important, les 3, 4, et 5 novembre à Venise. Ce congrès avait pour thème «Les conduites autodestructives chez l'enfant et l'adolescent», et bien entendu, la dépression y occupait une grande place.

Propos recueillis par Ghislaine Besson ■

Ouvrages et travaux de Jean Bergeret :

- *Les états-limites, réflexion et hypothèses sur la théorie de la clinique analytique*, conférence donnée à la S.F.P., mars 1970.
- Les états-limites in *Encyclopédie Médico-chirurgicale de psychiatrie*, tome 3, 1970
- Les états-limites et leurs aménagements, in *Abrégé de psychologie pathologique* Masson, Paris, 1972.
- *La dépression et les états-limites*, Payot, Paris, 1974.
- Dépressivité et dépression, numéro spécial de la *Revue française de psychanalyse*, n° 5, 6, 1976.
- L'imaginaire primaire in *Psychanalyse à l'université*, tome 6, n° 24, p 603-609, 1981.
- *Toxicomanie et dépressivité*, 2e rencontre internationale de psychiatrie et d'épidémiologie, Genève, 17-19 mars 1983.
- *Narcissisme et états-limites*, Dunod, Paris, 1986.

Adolescents en crise :

Les thérapeutes de la famille interviennent

Qui sont ces adolescents «en rupture de ban» ? Ils peuvent traduire leur malaise existentiel et social à travers des conduites dont l'issue est parfois dramatique : dépression, tentative de suicide, toxicomanie, perturbations alimentaires, troubles psychosomatiques et enfin déliquance.

Comment aborder ces manifestations de crise qui témoignent de l'expression d'un conflit avec l'entourage et empêchent l'adolescent de s'enliser plus avant dans un scénario figé ? Car un adolescent en crise appelle sa propre famille et l'institution à réagir ...Quel travail thérapeutique entreprendre, selon quelles modalités ?

Jusqu'à présent, la prise en charge psychologique, centrée surtout sur l'individu, était la règle. Mais les structures d'intervention ont évolué.Le «patient désigné» est-il seul membre de la famille à éprouver un malaise ? En fait, le symptôme témoigne du dysfonctionnement de l'ensemble du système familial.

Ce nouvel éclairage de la «scène familiale» a déterminé l'apparition de nouveaux dispositifs thérapeutiques. Les thérapeutes familiaux qui se fondent sur l'analyse systémique substituent à un modèle de causalité linéaire une explication d'un autre type : il s'agit de repenser le rapport de l'adolescent avec le contexte relationnel global. Si les thérapeutes familiaux prenaient en compte ce qui se déroule «ici et maintenant» dans la constellation familiale, certains intervenants s'intéressent aujourd'hui à la totalité des communications qui traversent la famille, y compris les influences transgénérationnelles venues du passé.

Les thérapies familiales et les références théoriques qui les fondent sont, par conséquent, soumises à une évolution.

Mais, dans tous les cas, les psychothérapeutes sont confrontés à des adolescents qui tentent désespérément de conquérir leur identité et de donner vie à une famille qui préfère la mort au conflit... Aider l'adolescent à se dégager de mythes familiaux qu'il rejette mais dont il reste dépendant est une tâche fondamentale pour les thérapeutes. Contribuer à remanier «l'économie relationnelle» sans disqualifier la famille constitue une exigence méthodologique tout aussi importante.Et lorsque l'adolescent est «placé» en institution, le travail des thérapeutes ne consiste-il pas à repérer la nature de la demande, afin de favoriser la mise en place d'une véritable collaboration avec la famille ?



Tête fantastique, Odilon Redon, 1891

Ainsi,qu'ils prennent en charge des adolescents toxicomanes, délinquants, anorexiques ou suicidaires, les psychologues doivent répondre à un signal qui, s'il présente souvent un caractère d'urgence, peut être traité de façon spécifique : il est possible de respecter le rythme de la famille ainsi que sa capacité à contracter une alliance avec les thérapeutes. Dans ces conditions, l'adolescent pourra parvenir à remanier ses identifications premières, aménager son propre espace et prendre une distance envers une famille qui supporte difficilement son désir d'émancipation.

Quand l'adolescent dérange

L'adolescence incarne, pour tout système humain, une période mouvementée où se côtoient révolte et contestation : le jeune adolescent trouble à la fois sa famille et l'ordre social. Or,le système familial, qui génère des effets «réflexifs»,tend à enfermer l'adolescent dans une logique dont il s'extrait parfois au prix d'un certain nombre de souffrances Les thérapeutes familiaux qui se fondent sur l'analyse systémique se sont donné pour but de travailler sur et dans les familles, et d'activer leur fonctionnement. Vivifier le potentiel familial plutôt que «réparer», de l'extérieur, ces familles déchirées, demeure bien un objectif fondamental, destiné à promouvoir une dynamique évolutive.

Quoi de plus naturel que l'adolescent dérange ? Pour ne pas mettre ses pas comme un robot dans les traces de ses parents, il doit naturellement tout remettre en cause. C'est nécessaire pour l'adolescent, certes. Mais toute société a besoin d'une jeunesse contestataire pour pouvoir évoluer.

On trouve dans l'adolescence l'image emblématique de la nécessité pour tout système humain de se remettre périodiquement en question. C'est l'inquiétude et l'exaspération que provoquent les manques de la structure en place, c'est la générosité aussi, c'est l'impatience et les fantasmes. C'est James Dean, la démarche indolente, les jeans et le blouson de cuir. Ça peut aussi être les excès à tous niveaux, la drogue, voire l'autodestruction.

Il dérange qui ? Autrefois sans doute, surtout l'ordre local, les notables, la bourgeoisie, la police. La honte retombait sur la famille. Aujourd'hui, le monde éclaté, protéiforme et changeant qui nous entoure est saturé de ce qu'il voit à travers le hublot de la télévision. L'adolescent dérange essentiellement sa propre famille. Ce peut être le drame si cette famille est un système fragilisé qui tolère mal cette perturbation.

Or le système-famille, en dépit de beaux discours électoraux, est un mal-aimé dans le milieu compétitif de production où nous vivons. Un système respectable affiche sa gamme de produits en forte demande, nous présente des bénéfices, une expansion. Nous admirons ces systèmes à fonction transitive, d'où il sort quelque chose de tangible et de mesurable. Les sytèmes à fonction réflexive par contre ne produisent autre chose qu'eux-mêmes. Ce sont des structures cognitives, des cadres de vie comme la famille, les partis politiques, les religions. Ils semblent en apparence ne tenir qu'une place secondaire dans nos consciences. Les systèmes réflexifs ont pourtant un rôle essentiel dans l'histoire (Caillé 1985,1987).

Le drame dont nous parlons, celui de l'adolescence, a donc nécessairement trois acteurs, l'adolescent, le milieu familial, la société et ses représentants. Une modélisation systémique nous imposera une lecture simultanée aux trois niveaux sans en oublier aucun. Ils sont interactifs. En oublier un équivaudrait à s'autoriser à jouer une pièce de théâtre en supprimant un rôle principal et ses répliques.

La tragédie d'un adolescent

C'est un garçon ou une fille qui ne tourne effectivement pas rond.

Ce peut être un déficit scolaire, des comportements agressifs, des perturbations psychiques plus inquiétantes évoquant les états dissociatifs. Ce peut être l'utilisation de la drogue ou des troubles de l'alimentation de type anorexique ou boulimique.

C'est de toute façon un comportement qui, très légitimement, dérange et inquiète.

La famille est souvent fragilisée, privée de ses racines.

Elle peine déjà pour simplement exister, pour surmonter d'importantes contraintes de temps et d'argent. Ce peut être une famille reconstruite, déjà traumatisée par des séparations et des échecs. Son réseau naturel, parents proches et amis véritables, peut être faible ou inexistant.

La perturbation apportée par l'adolescent fait craquer un équilibre sensible. Elle est perçue comme une agression intolérable dans une situation ou tous devraient se serrer les coudes. La famille maîtrise mal sa fonction de «contenant». Elle oscille entre la dénégation et la décharge brutale sur le social.

La société joue un rôle de marâtre par rapport à cette famille qu'elle n'aime pas et en laquelle elle n'a guère confiance.

Elle l'inonde d'une multitude de conseils et de modes d'emploi, information valable pour toutes les familles et qui n'en respecte donc aucune. Que pourrait-on d'ailleurs apprendre de ces familles qui ne font que "paniquer" ?

La société dispose par ailleurs d'intervenants sociaux, éducateurs, «psy», et autres qui peuvent prendre la relève au cas où ces familles n'arriveraient pas à se montrer à la hauteur de leurs tâches.

L'intervenant social est-il aussi responsable de la panne ?

Les familles valent mieux que leur réputation.

J'ai travaillé avec de nombreuses familles. Il me semble qu'elles essaient, dans des circonstances difficiles, de remplir leur fonction de système réflexif de référence. Pour créer une identité à leurs membres, elles doivent se donner une organisation distincte qui les différencie de toutes les autres familles. Cette distinction doit être suffisante pour marquer une différence, ou bien Durand serait aussi Dupont et Dubois, mais pas si importante que Durand ne puisse se reconnaître en Dupont et Dubois et devienne ainsi un étranger dans son propre milieu social. Les familles remplissent donc malgré tout une tâche difficile et nuancée à laquelle ne s'attache ni prestige, ni récompense.

Elles s'acquittent, comme tout système réflexif, de cette tâche en se racontant une histoire. L'histoire familiale peut se comparer à une religion mineure, discrète.

C'est le concept du modèle organisant que j'ai abondamment développé

ailleurs et que ne ferai qu'effleurer ici (Caillé & Rey, 1988, Caillé, 1989). Il existe un niveau de croyance ou niveau mythique et un niveau de comportements symboliques ou niveau rituel. Ces niveaux se renvoient l'un à l'autre sans qu'aucun d'eux n'ait la prédominance sur l'autre.

Parfois la crise, parfois la panne...
Certaines familles craignent plus la perturbation que d'autres. Ce sont celles où le modèle organisant est rigide. Les comportements y sont si ritualisés que chacun a difficulté à librement découvrir son image personnelle. Le modèle actuel est perçu comme le seul possible et toute transformation prend signification d'une perte. La tentation est alors grande de fonctionner selon l'épistémologie de la «panne». Toute perturbation équivaut à une «casse». Le boulon qui a cédé doit être «réparé». Notre machine se remettra alors en marche selon le vieux schéma.

La plupart des familles ont un modèle suffisamment dynamique pour intégrer l'épistémologie de la crise. Une des qualités essentielles du modèle organisant du système humain est de pouvoir se transformer, se recréer -conformément aux besoins de ses membres - sans perdre son originalité, ses qualités particulières. Les Dupont restent des Dupont, mais sont devenus d'autres Dupont.

L'adolescence est porteuse de crises. L'intervenant systémique a pour rôle de la rendre acceptable là où la peur de la dissolution rend tentante l'idée de la panne. Il serait regrettable qu'il contribue à l'établissement d'une panne là où l'idée de la crise était présente. Ce qui pose une nouvelle interrogation qui est :


Photo Louis Bocca

C'est James Dean, la démarche indolente, les jeans et le blouson de cuir...

Est-il dangereux de traiter l'adolescent seul ?

Le modèle systémique implique une lecture simultanée du niveau individuel, du niveau familial et du niveau social.
Se limiter à un niveau, celui de l'adolescent comme individu est un signal de force extrême qui peut être compris comme une adhésion double à l'épistémologie de panne. Parce que l'adolescent semble désigné comme celui ou celle qui doit changer, et parce que l'opérateur social semble accepter le rôle de réparateur. Dans une telle idéologie, l'intervenant social est de plus pour la famille un rival puissant. Il sait faire ce qu'elle n'a pas été capable de faire.

Selon une optique systémique, une activation du système familial est toujours à préférer là où elle est possible.
Cela ne veut pas dire que tous doivent automatiquement être présents à toutes les séances. On disposera cependant d'interlocuteurs qui permettront, selon des modalités diverses, de travailler simultanément sur tous les plans, individuel, familial et social. On pourra donc se maintenir dans le cadre épistémologique de la crise, de la co-élaboration avec la famille de transformation de leur propre modèle.

Les risques de chronicisation sont de ce fait très réduits. La cohérence épistémologique permet de sortir des sentiers battus et d'inventer des interventions spécifiques mobilisant les ressources créatives propres à la famille. On travaillera ainsi plus aisément et on épargnera du temps (Caillé & Rey, 1988).

L'adolescent peut nous être présenté comme un épouvantail familial ou comme un épouvantail social. Il s'agit dans les deux cas d'un «mythe» au sens familier du terme, d'un mensonge. L'adolescence est le symbole de la durée relative des modèles qui ne peuvent se survivre qu'en se remettant régulièrement en question. Un modèle immuable est un modèle mort. L'histoire d'un système dynamique doit nécessairement comporter des crises.

Il est donc essentiel que l'intervenant systémique se réclame, verbalement et dans ses actes, de l'épistémologie de la crise et non celle de la panne. Il pourra alors percevoir l'adolescent comme un allié potentiel, non plus comme un perturbateur.

■ **Philippe Caillé.**

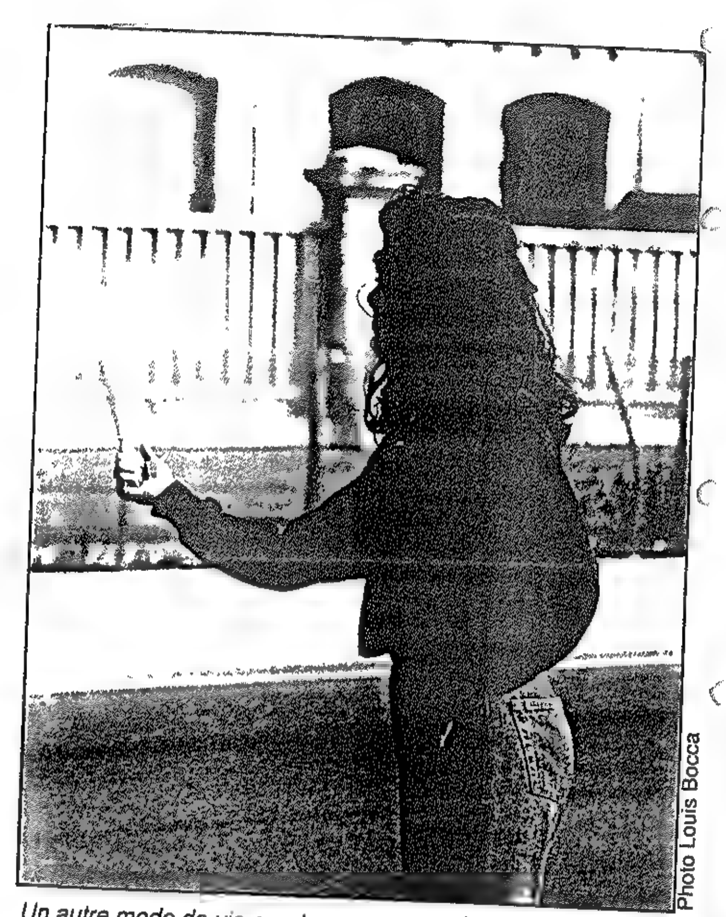
L'adolescence est porteuse de crises. L'intervenant systémique a pour rôle de la rendre acceptable là où la peur de la dissolution rend tentante l'idée de la panne.

Bibliographie

Caillé (P.), *Familles et Thérapeutes* (lecture systémique d'une interaction), ESF, Paris, 1985.
Caillé (P.), L'Intervenant, le système et la crise. *Thérapie familiale*, 4, 359-370, 1987.
Caillé (P.) & Rey (Y.), *Il était une fois... Du drame familial au conte systémique*, ESF, Paris, 1988.
Caillé (P.), L'individu dans le système, *Thérapie Familiale*, 3, 205-219, 1989.

Adolescents placés : le travail avec les familles

La famille la plus désorganisée est-elle préférable au placement en institution, pour un adolescent perturbé ? Le placement de l'adolescent en institution témoigne toujours d'une crise. Percevant son propre malaise, la famille peut effectuer elle-même la demande de placement, mais le contrôle social peut aussi avoir repéré les difficultés de l'adolescent. Dans tous les cas, il faut interroger la nature de cette demande, condition indispensable pour mettre en place des interventions adaptées, qui ne disqualifient pas la famille et favorisent la résolution dialectique de l'équation «dépendance-identité».


Photo Louis Bocca

Un autre mode de vie que le partage de la vie familiale

Avoir recours à un autre mode de vie que le partage de la vie familiale, pour un adolescent, est lié à divers facteurs : historiques, sociaux, culturels, économiques, psychologiques. Est-il «normal» de vivre, de la petite enfance jusqu'à l'âge adulte, au sein du groupe constitué que sont ses parents, frères et soeurs, etc ?

Dans notre civilisation, les représentations que nous avons de l'enfant et de l'adolescent ont construit le mode de pensée commun : la famille est le lieu privilégié du développement psycho-affectif de l'individu, et «la pire des familles vaut mieux que la meilleure des institutions».

Ce mode de pensée est l'aboutissement d'une longue histoire (de la société, de la famille, de la place de l'enfant). Ce que nous avons construit comme représentation bâtit une réalité et le placement d'un adolescent en institution apparaît désormais comme un «pis aller», comme le résultat d'une incapacité partielle ou totale, passagère ou durable de la famille à exercer sa fonction éducative.

Simultanément, nous savons que la séparation d'avec la famille sera, un jour, nécessaire et on apprend relativement tôt à l'enfant qu'il existe d'autres lieux (crèche, école, etc.) où il pourra poursuivre son processus de croissance.

Le placement est «séparation» et, dans ce sens, il est partie intégrante de l'histoire de l'individu ; le placement est «sanction» et représente alors le signe d'une incapacité d'un système à permettre l'individuation des membres.

Le placement d'adolescents est une double crise : crise de l'adolescence et crise liée au placement. La question de la crise de l'adolescence étant abordée par ailleurs, nous allons plutôt nous centrer sur celle liée au placement.

Il peut être utile, ici, de préciser la notion de crise. Si, dans le langage commun, la «crise» est utilisée pour désigner l'état d'un individu ou d'un système qui présentent un ou des comportements inadéquats, dans cette vision le mot «crise» est assimilé à l'idée de dysfonctionnement. En fait, la crise est l'état non stable entre deux états stables. C'est l'état dans lequel se trouve un système, lorsqu'il est confronté à une perte d'un modèle antérieur, sans avoir créé le modèle suivant. Le système se trouve à un point de bifurcation propice à de nouvelles organisations.

A partir de ces définitions, nous pourrons envisager deux modèles de crises liés au placement d'un adolescent :

- le premier, nommé «autoréférentiel», ressort de la crise intrafamiliale, c'est-à-dire celui où la famille ne trouve pas en son sein les ressources pour une modification de son organisation et de ses règles. La demande de placement émerge de la famille elle-même, elle est souvent mise en avant comme étant la solution au problème.

- le second, nommé «hétéroréférentiel», est celui où les agents du contrôle social désignent un système familial comme étant incapable d'assumer les fonctions essentielles de «sécurité, d'éducation et de moralité» pour ses membres, en particulier les enfants.

L'abord du travail avec les familles des adolescents placés est à différencier en fonction de la nature même de la crise, autoréférentielle ou hétéroréférentielle. Les contextes déterminent les modalités cliniques des interventions, même si l'exigence première est de considérer cette situation comme étant une crise et non une panne. C'est-à-dire que l'intervenant doit faire l'hypothèse que c'est la demande de placement qui est à considérer comme le symptôme.

L'intervenant, chargé de travailler avec ces familles, doit se préoccuper de la fonction exogène de la crise avant d'envisager sa fonction endogène.

Il permet de se situer de façon légitime ou légitimée vis-à-vis de l'interpellation sociale, ensuite il respecte les données contextuelles déterminantes de l'intervention. Il place l'intervenant dans une triangulation opérante et enfin il évite de mettre en cause de façon abrupte et prématurée le modèle familial.

En effet, le risque majeur de cette intervention est de créer une situation de symétrie entre l'institution et la famille concernant la capacité à élever l'adolescent et de favoriser son autonomie.

Ce risque est accru lors de la crise de l'adolescent dans la mesure où la problématique de différenciation est plus aigüe.

La question essentielle que se pose l'adolescent : «comment être à la fois diffférent et loyal vis-à-vis des délégations familiales ?» peut sembler trouver une réponse dans le mythe institutionnel : «nous sommes ici pour tes finalités propres et c'est cela dont tu dois te préoccuper pour ton avenir».

En fait, elle ne peut être qu'une réponse partielle à l'équation indéfinissable «dépendance-identité».

Le risque est donc pour l'intervenant de l'institution de proposer implicitement une conflictualisation de ces deux termes ne permettant pas de les incrire dans une nouvelle équation.

Nous souhaitons insister sur l'importance de l'étude du contexte en tout premier lieu :

Dans le cas où la demande de placement émerge du système élargi - famille plus agent de contrôle social - il faut mesurer la place du «demandeur» dans ce système. Cette évaluation est justifiée par l'hypothèse que la crise familiale a peut-être «contaminé» le système élargi et alors,dans ce cas, les premiers entretiens à l'admission s'orientent vers un travail de questionnement du placement dans une logique d'«emboîtement» plus que dans une logique de «juxtaposition».

Mettre en place un travail avec la famille de l'enfant placé en le juxtaposant à un travail d'intervention en milieu ouvert, par exemple, risque d'être un message disqualificatif pour l'intervenant précédent et d'une négation de la crise interne au système élargi : famille plus intervenant social.

Une logique «d'emboîtement» fait l'hypothèse que l'intervenant social occupe une position d'acteur et que, proposant le placement d'un jeune , il réduit la crise au sein du système élargi à une crise intrafamiliale et donc suggère un modèle de réparation donc de panne. C'est-à-dire qu'une attention privilégiée est accordée aux phénomènes autoréférentiels avant même l'étude des niveaux structurels d'organisation familiale.

Le travail avec les familles des adolescents placés en institution s'établit autour de quelques principes et sur la mise en œuvre de protocoles respectant les contextes.

Ces protocoles sont utiles afin d'éviter la création de contextes peu définis interdisant toute compréhension des significations.

Ils s'appuient sur l'étude des situations de crises, visant à respecter celles-ci et surtout évitent de modéliser le placement comme une panne.

Les principes sont ceux que propose l'approche systémique :

- favoriser l'émergence d'une complicité croissante (emboîtement),
- reconnaître ces niveaux de différenciation aux différents acteurs,
- ne pas conflictualiser les rapports identité-appartenance,
- favoriser la mise en place de relations réellement complémentaires avec les familles.

Le placement peut être une occasion de gestion authentiquement nouvelle de crises internes non résolues, en s'attachant à favoriser les potentiels créatifs de tout système.

■ **Patrick Poisson**

L'adolescent troublé dans son corps

L'application du modèle systémique aux troubles psychosomatiques permet de situer autrement les symptômes exprimés par le corps, en les reliant au «contexte» c'est-à-dire aux réseaux et mythes familiaux.
L'adolescent qui souffre dans son corps témoigne de la structure familiale même,
figée dans un «évitement des conflits» et qui ne laisse place à aucune possibilité d'individuation.
S'installe alors un «mythe de l'unité familiale», bloquant la parole de l'adolescent et l'expression de ses émotions.
Et c'est le corps familial tout entier, et non pas simplement celui de l'adolescent, qui s'exprime à travers le symptôme psychosomatique.

Modèle systémique et troubles psychosomatiques

La rencontre de l'approche systémique et des troubles psychosomatiques prend presque le sens d'un mariage nécessaire, même si longuement attendu.
Il existe, en effet, une convergence claire entre les exigences d'intégration et d'unité qui sont à la base de la médecine psychosomatique et les prémisses conceptuelles du paradigme systémique.
Dans la théorie des systèmes, en effet, le modèle de causalité linéaire, propre aux sciences physiques et chimiques classiques, qui décompose le phénomène en différentes parties, les isole et les met en ordre selon des rapports de cause à effet, est remplacé par un modèle de causalité circulaire qui, au contraire, lie les parties avec des interrelations réciproques et renvoie donc à une vision intégrée de totalité ou, pour utiliser une expression de Bateson (1979), à la «structure qui relie».
C'est précisément cette conception systémique particulière des phénomènes qui semble entrer en contact heureux avec une exigence naturelle de la médecine psychosomatique, celle d'une intégration et d'une corrélation de plus en plus pleine entre les multiples composantes biologiques, psycho-émotives, interpersonnelles de la famille et du milieu ambiant, qui contribuent à faire apparaître le trouble psychosomatique et influent sur son évolution.
L'application du modèle systémique au trouble psychosomatique a marqué, indubitablement, une différence conceptuelle dans l'évaluation de la signification du symptôme, ceci pour deux motifs surtout :
- en premier lieu, il a permis de mettre le symptôme dans un contexte (c'est habituellement, mais pas exclusivement, le groupe naturel auquel le patient appartient, c'est-à-dire la famille) où le symptôme, bien qu'il soit exprimé par le corps, acquiert une valeur de «comportement» ou de «communication» et où il retrouve une compréhensibilité et une signification qui vont bien au-delà d'une pure manifestation somatique,
- en second lieu, le modèle systémique établit entre le système interpersonnel et le patient porteur du symptôme. entre «corps» et «contexte», une relation circulaire d'inter-influence réciproque (voir Onnis, 1985).

Le corps dans le contexte : entre les réseaux interactifs et les mythes familiaux

On a fait désormais de nombreuses études sur le système familial des patients psychosomatiques. Une recherche récente, réalisée par notre groupe de l'Institut de psychiatrie de l'Université de Rome sur des statistiques faites sur les troubles de différents types (voir entre autres travaux, ceux de L. Onnis et autres 1985, 1986, Onnis, 1988) a mis en évidence au plan de la structure familiale des caractéristiques semblables à celles qui ont été soulignées par Minuchin et coll. (1978), mais elle a essayé d'établir une corrélation entre les données interactives phénoménologiquement observables et les éléments de l'histoire familiale, et surtout à des niveaux plus cachés et secrets, que Caillé (1985) appellerait les niveaux mythiques (cette phase de la recherche est encore en cours).
Il s'agit de systèmes qui, sous le profil structural, se présentent fortement enchevêtrés, avec des limites peu claires entre les générations et entre les membres de la famille, et avec une intrusion continuelle dans les «espaces», non seulement physiques mais aussi psycho-émotifs de chacun ; ceci, du côté individuel, comporte de graves difficultés dans les processus d'individualisation et d'autonomisation surtout quand, dans la phase pubérale, l'adolescent et le noyau familial doivent être en mesure de supporter une expérience de distance réciproque, qui ne doit pas s'accompagner de vécus de «perte», mais de «transformation» de liens affectifs.
Dans ces systèmes encore, il apparaît continuellement une demande ou une offre de protectivité où tous les membres sont impliqués et non seulement le patient ; ainsi se réduisent ultérieurement tous les espaces privés et autonomes.
Mais, parmi ces modalités interactives qui se répètent de façon rigide et redondante dans le temps, comme si le système avait perdu ses propres potentialités évolutives et créatives, celle qui assume un rôle absolument central et

spécifique, est «l'évitement du conflit». Il s'agit, comme on sait, d'un seuil particulièrement bas de tolérance aux tensions conflictuelles qui, dans les systèmes, finissent par bloquer toute manifestation de désaccord, mais aussi, à ce moment-là, toute définition claire des relations ; il finit par empêcher toute explicitation de différence mais, à ce moment-là, du côté individuel, tout processus de différenciation. Tout est gelé dans un consensus unanime apparent, qui coïncide avec l'image d'une harmonie ou d'une «pseudo-harmonie» que ces familles ont tendance à donner d'elles-mêmes ; une harmonie qui amène à la négation de tout autre problème qui ne concerne pas le symptôme du patient et c'est là que nous pourrons voir alors, bien en évidence, comment le symptôme , à son tour, aura circulairement une fonction protective par rapport à l'équilibre familial.



Dans la phase pubérale, l'adolescent et le noyau familial doivent être en mesure de supporter une expérience de distance réciproque, qui ne doit pas s'accompagner de vécus de «perte», mais de «transformation» de liens affectifs.

Mais si nous nous déplaçons du plan de la structure familiale et des modèles interactifs observables, vers une reconstruction de l'histoire du système, nous trouvons que de telles modalités communicatives se sont construites avec le temps ; nous trouvons des aires conflictuelles irrésolues qui n'ont pas été affrontées, concernant souvent la relation conjugale. Ce sont justement ces éléments historiques, complètement cachés habituellement, qui sont à la base de la construction des mythes et des fantasmes qu'il arrive de retrouver dans ces familles. Comme il ressort de notre étude encore en cours , ce n'est pas par hasard qu'il s'agit de mythes «d'unité familiale», en tant que bien suprême à défendre à tout prix ; mythe d'autant plus solide et partagé que l'unité familiale se sent potentiellement menacée. Et la menace est représentée par les conflits irrésolus, vécus comme trop dangereusement explosifs, mais aussi réévoquée à chaque manifestation de diversité ou de désaccord, à chaque tentative de différenciation et de séparation.

Pourquoi un langage du corps : corps individuel ou corps familial ?

Notre recherche actuelle qui est donc plus directement centrée sur le modèle d'une intervention thérapeutique part d'une question : pourquoi dans les troubles psychosomatiques, le malaise (qui va certainement bien au-delà des altérations biologiques éventuelles) s'exprime sous une forme entièrement corporelle, non-verbale, analogique, parle en utilisant un «langage du corps» ? Ce choix de manifestation somatique peut-il être mis en relation avec une difficulté de «donner la parole» au malaise, de verbaliser les vécus émotionnels ?

Cette hypothèse a une tradition dans le domaine de la psychothérapie individuelle dont l'orientation est psychodynamique et a été utilisée pour expliquer certaines manifestations psychosomatiques sous le nom d'alexithymie (qui signifie étymologiquement «manque de parole pour exprimer les émotions») proposé par Jifneos (1975), auquel se rattache le concept de «pensée opératoire» de l'école française (voir Marty et coll., 1966).

Tous ces auteurs, à orientation individuelle, ont pensé que de telles difficultés étaient le résultat d'une altération de la structure de la personnalité du patient, une limitation intrinsèque de la vie fantasmatique et de sa fonctionnalité émotionnelle.

Mais si on observe le patient dans un contexte plus ample, comme le système familial, on peut remarquer que cette «contrainte de la fonctionnalité émotionnelle» est l'expression phénoménologique plus évidente, chez le membre symptomatique, d'une caractéristique systémique : ces modèles interactifs et ces mythes partagés qui, comme nous avons dit, créent un obstacle à l'explicitation des tensions émotionnelles et conflictuelles.

Et c'est à cet «interdit» systémique que le patient, ainsi que les autres membres, est «obligé» de se conformer.

Une approche systémique consiste donc à mettre en évidence que «l'alexithymie» sous le profil individuel et «l'évitement du conflit» sous le profil systémique ne sont que deux aspects complémentaires, à deux niveaux différents, d'une même réalité.

Mais alors il est peut-être possible d'affirmer que le langage du symptôme, même si le patient l'exprime somatiquement, n'est pas seulement le langage du corps du patient, mais du «corps» familial tout entier.

Des crises pubérales et un bloc évolutif familial, au moment de l'adolescence ?

Une autre question se pose concernant la fréquence des troubles psychosomatiques dans l'adolescence.

En réalité, après la petite enfance, l'adolescence est, comme l'ont amplement décrit de nombreux auteurs, la seconde période de la vie qui a une extrême importance pour la réussite du processus d'individuation : l'adolescent avance vers l'autonomie et l'identité, en cher-

chant activement des relations et des valeurs en dehors de sa propre famille d'origine.

Stierlin (1986), fort à propos, fait une distinction entre une «individuation avec» et une «individuation contre» soulignant ainsi la dialectique entre «appartenance» et «identité» qui sous-tend tout processus d'individuation. Ceci, en effet, ne peut se produire qu'à l'intérieur de liens profonds «avec» un groupe d'appartenance primaire, comme la famille, mais, en même temps, il faut que l'adolescent puisse permettre à sa propre individualité de se délimiter «contre» ses liens, de se déterminer, de naître en tant qu'identité.

Chez les adolescents qui souffrent de troubles psychosomatiques, il existe, selon Stierlin, des difficultés dans le processus d'individuation «contre» c'est-à-dire dans la capacité d'établir des limites par rapport aux personnes qui sont des points de repère importants pour eux.

En réalité, pour que l'individuation et l'autonomisation de l'adolescent puisse se réaliser, il faut que son développement biologique et psychologique soit accompagné d'une évolution parallèle du cycle vital familial, c'est-à-dire que la famille soit capable de se transformer et de se réorganiser en fonction de la nouvelle phase évolutive.

Mais nous avons montré précédemment comment, dans ces systèmes familiaux, les modèles interactifs d'enchevêtrement, les mythes «d'unité à tout prix», les fantasmes de rupture en présence de toute tentative de séparation sont fréquemment des caractéristiques qui constituent un gros obstacle à la potentialité évolutive du système.

Notre travail de recherche qui confronte les sculptures du «présent» et celles du «futur» met en évidence avec clarté comment, dans ces familles, on a perdu la capacité de «se voir» en évolution, dans une sorte de blocage évolutif «d'arrêt dans le temps».

Encore une fois donc, l'analyse systémique met en évidence une corrélation indissoluble entre aspects individuels et aspects familiaux, entre problèmes d'individuation de l'adolescent et difficultés évolutives du sytème familial.

Dans toutes les considérations proposées, même si nous avons dû les exposer de façon synthéthique, il nous semble voir apparaître clairement un aspect unifiant, l'utilité d'une approche systémique pour affronter un phénomène complexe comme le phénomène psychosomatique, avec des instruments méthodologiques en mesure d'en intégrer les niveaux essentiels : le niveau biologique (les prédispositions ou les altérations biologiques de base), le niveau psychologique individuel (les difficultés d'individuation et d'acquisition d'une identité, surtout dans la phase de l'adolescence), le niveau systémique-relationnel (les problèmes relationnels de la famille, ses mythes et ses fantasmes partagés et cachés).

Et chacun de ces niveaux, avons-nous constaté, renvoie à l'autre, en fonction d'une complémentarité réciproque.

Le corps devient alors réellement un terrain de convergence, carrefour de niveaux multiples.

Et le symptôme reprend un sens symbolique que n'exprime plus seulement le langage d'un malaise individuel mais qui, en recueillant la souffrance collective d'un système, a la signification d'une métaphore familiale.

La maladie psychosomatique (Onnis, 1988 b) retrouve donc sa complexité.

■ **Luigi Onnis.**

Bibliographie

Bateson (G.), *Mind and Nature*, Dutton, New-York, 1979.

Marty (P.), M'Uzan (M.), David (L.), *L'investigation psychosomatique*, P.U.F., Paris, 1963.

Minuchin (S.), Baker (L.), Rosnan (B.), *Psychosomatic Families*, Harvard University Press, Cambridge (MA), 1978.

Onnis (L.) , *Corpo e Contesto*, NIS, Roma, 1985 - Trad. Française «Corps et contexte», EJF, Paris, 1989.

Onnis (L.), Tortolani (D.), Di Gennaro (A.), Marinozzi (P.), Petralito (G.), Roggi (D.), *Il bambino con disturbi psicosomatici : la famiglia, la domanda, il servizio*, Tl Pensiero scientifico Ed., Roma, 1985.

Onnis (L.), Tortolani (D.), Cancrini (L.), Systemic Research on Chronicity Factors in *Infantile Asthma, Family Process*, Vol.25, p. 1, 107, 122, 1986.

Onnis (L.), Incurabilité ou absence de cure ? *Thérapie Familiale*, Vol. IX, p.3, 199 - 218, 1988.

Onnis (L.), Psicosomatica e Complessita, introduz. a L. Onnis (ed.): *Famiglia e malattia psicosomatica : l'orientamento sistemico*, NIJ, Roma, 1988.

Onnis (L.), Langage du corps et langage de la thérapie, la «sculpture du futur comme méthode d'intervention systémique, dans les situations psychosomatiques», en cours de publication dans *les Cahiers critiques des thérapies familiales et pratiques de réseaux*, 1990.

Crise, éthique et idéologie

Entretien avec Bernard Prieur et Yveline Rey



Bernard Prieur et Yveline Rey

La crise de l'adolescence suscite chez le jeune sujet et au sein de sa famille des remaniements parfois douloureux qui peuvent appeler l'intervention des thérapeutes familiaux. Mais quelle idéologie sous-tend les stratégies thérapeutiques ? Et les familles elles-mêmes ne produisent-elles pas une idéologie que les thérapeutes ne peuvent éluder? La question éthique vient redoubler cette interrogation : en cherchant à situer la place de l'adolescent dans sa famille, les thérapeutes familiaux contribuent à construire des «modèles» de comportements qui, inévitablement, sollicitent des préoccupations d'ordre éthique. Ils ont alors le rôle délicat de susciter l'apparition de nouvelles «règles de jeu», sans pour autant imposer des modèles.
Mais l'orientation systémique se fonde sur des concepts qui sont aussi susceptibles d'évoluer : la cybernétique (science qui étudie les mécanismes de communication et d'autorégulation) ne fournit pas forcément des présupposés théoriques indépassables. La thérapie systémique ne traverse-t-elle pas, elle aussi, sa phase d'adolescence...?

Journal des Psychologues : Vous travaillez depuis des années sur la notion de la crise, en relation avec la problématique des thérapies familiales, pourriez-vous définir plus spécifiquement ce concept ?

Yveline Rey : La demande d'aide survient le plus souvent en période de crise. La crise se présente comme une discontinuité, comme une rupture d'équilibre. Elle survient quand les schémas habituels ne sont plus adéquats à la situation et que de nouveaux modes d'organisation n'arrivent pas à se mettre en place. En bref et pour paraphraser Gramsci : l'ancien ne veut pas mourir, le nouveau n'arrive pas à naître. Mais la crise fait peur car nous la percevons généralement sous son aspect destructeur : elle marque la fin d'une étape, elle introduit de grands bouleversements, elle peut signifier cassure, violence, drame, etc. et elle débouche toujours sur l'inconnu, l'imprévisible... Ces craintes nous affligent d'une myopie sélective car la crise est un phénomène bi-polaire : il s'agit aussi d'un processus de passage qui permet d'accéder à un niveau supérieur d'évolution.
C'est le versant instructif et constructif de la crise. Pour tous les organismes vivants qui sont des systèmes évolutifs, le changement passe par la crise. Et en tant que professionnels qui travaillons avec des individus, des couples ou des famillles, nous sommes directement concernés par ce phénomène (sans oublier que nous le sommes aussi à titre personnel). D'un point de vue systémique la démarche de consultation est une tentative d'exporter la crise. La tolérance que nous avons vis-à-vis de l'angoisse qu'elle engendre va conditionner notre attitude. Le regard que nous allons porter sur ce phénomène et la réponse que nous donnerons alors sera décisive quant à l'évolution et la résolution de cette crise.

J.D.P. : Le concept de crise vous paraît-il particulièrement solidaire du phénomène de l'adolescence ?

Bernard Prieur : Comme le remarque Bruno Bettelheim, l'adolescent est déchiré entre deux personnalités contradictoires : l'enfance qu'il quitte à regret, l'âge adulte où il entre avec appréhension. C'est dire que l'adolescence est un moment charnière et de grand déséquilibre. Dans certaines civilisations, et il n'y a pas si longtemps dans la nôtre, il s'agissait d'une étape d'initiation marquée par un certain nombre de rites et cérémonials destinés à baliser ce passage de l'enfance à l'âge adulte. La disparition progressive de ces rituels n'est sûrement pas sans rapport avec l'augmentation du désarroi de nombreux adolescents et de ses conséquences dramatiques. L'adolescent est donc soumis à un bouleversement qui va aussi concerner l'entourage affectif, plus précisément la famille. Celle-ci va, en effet, sous la pression de l'enfant qui grandit, devoir modifier ses règles de jeu : ce qui est permis, ce qui est interdit, les types de comportement, les modes de relation.

J.D.P. : Ou bien pensez-vous qu'une crise peut également affecter d'autres périodes de la vie de façon privilégiée ?

Yveline Rey : En tant qu'êtres humains nous sommes soumis aux finalités de deux systèmes totalement différents (cf P. Caille (1) : Un système biologique en perpétuelle évolution, un système symbolique où l'idéal serait l'état stable. Tout au long de sa vie chacun d'entre nous va avoir à gérer les fluctuations produites

(1) «L'intervenant, la crise et le système» Thérapie Familiale 4, 359-370 1987.
Ph. Caillé est avec Y. Rey auteur de l'ouvrage «Il était une fois» éd. ESF Paris, 1988.

par la compétition entre les exigences du biologique et les aspirations à la stabilité, l'immobilité, l'éternel... A certaines époques les pressions deviennent plus intenses, la tension augmente jusqu'à atteindre un seuil critique, c'est ce que nous venons de voir pour l'adolescence. La famille n'échappe pas à ce phénomène. Son histoire est ponctuée de crises d'adaptation qui correspondent aux phases de son développement : mariage, naissance, adolescence, nid vide, retraite, grand-âge... A chaque étape l'évolution divergente des personnes exige un réajustement des rôles et des fonctions de chacun. Dans ces périodes de crise plusieurs issues sont possibles :

- ça passe : la famille poursuit son histoire après une redéfinition des règles et des relations.
- ça casse : et il se produit une rupture, divorce, placement...
- ça tombe en panne et peuvent alors émerger un ou plusieurs symptômes, en fonction des fragilités individuelles : échec scolaire, maladies psychosomatiques, dépression, délinquance, anorexie, toxicomanie...

C'est à ce moment là, le plus généralement, qu'entrent en scène le ou les intervenants extérieurs.

J.D.P. : Vous êtes les initiateurs du congrès international qui doit se dérouler en octobre 1990, à Paris, sur le thème : «Systèmes et thérapie familiale». Pouvez-vous nous présenter cette manifestation et nous préciser ce qui vous a amenés à unir vos forces, puisque le C.E.C.C.O.F. et le C.E.R.A.S. sont associés, pour traiter cette question ?

Bernard Prieur : Depuis plusieurs années des praticiens et des chercheurs systémiques du monde entier se rencontrent régulièrement au cours de congrès internationaux qui, jusqu'à présent, se sont déroulés aux Etats-Unis, en Belgique, en Italie, Allemagne, Suisse, Tchécoslovaquie, Hongrie. Jamais encore il n'y avait eu une manifestation d'une telle dimension en France. Il nous a paru alors important que l'organisation de ce colloque ne soit pas uniquement parisienne mais résulte d'une collaboration effective entre la Province et Paris. Le C.E.C.C.O.F. et le C.E.R.A.S. sont des centres reconnus et bien implantés. Depuis plus de dix ans ces deux instituts se consacrent à la recherche, à la diffusion et aux applications des thèses systémiques en particulier en ce qui concerne le couple, la famille et les institutions. De plus, en thérapie systémique de couple ou de famille, nous avons l'habitude pour des raisons techniques de travailler à deux ou plus. Il n'est pas impossible que nous ayons souhaité reproduire ce dispositif opérationnel dans l'organisation de cette manifestation. D'autre part, nous avions eu l'occasion de travailler ensemble et il nous a paru opportun de conjuguer à la fois nos efforts et les compétences de nos équipes pour organiser ce colloque international qui devrait réunir un millier de psychiatres, psychologues, éducateurs, assistants sociaux, magistrats et cadres administratifs des professions sociales, éducatives et de santé. Cette manifestation est donc parrainée par votre Journal mais également par les Centres membres du réseau européen de thérapie familiale et avec le soutien de l'A.T.S.F. (Fédération d'associations de Thérapie familiale) dont le siège est à Paris (2).

J.D.P. : Pourquoi avez vous choisi et retenu ce thème ? Pourriez-vous commenter le titre lui-même «Ethique, idéologies, nouvelles méthodes» ? Quels motifs vous ont déterminés à cerner ainsi la question ?

Bernard Prieur : Trente ans de recherche et de pratique thérapeutique posent nécessairement de nouvelles questions à chaque avancée des techniques. A quelle éthique obéit le thérapeute ou l'intervenant social systémique dans son rapport aux familles, aux institutions, aux multiples problèmes de la délinquance, de la toxicomanie, de la maltraitance, de l'inceste ? Comment applique-t-il cette rigueur éthique à la confidentialité des entretiens, aux tâches prescrites, à l'utilisation de la glace sans tain et du matériel vidéo que nous impose une telle approche, à la formation des futurs intervenants systémiques ?
Quelles idéologies sous-tendent le travail des thérapeutes systémiques ? Quelle vision ont ils de la famille, de la société, ou plus simplement des institutions où ils sont employés ? Comment éviter d'imposer un modèle et laisser la famille élaborer le sien propre ? L'approche systémique, nouvel outil de pensée créateur de modèles de compréhension des systèmes a-t-elle une idéologie propre ? En quoi cette idéologie influence-t-elle la perception du monde de ceux qui l'utilisent ?
Au long des années les méthodes systémiques ont fait leurs preuves au niveau des familles, des institutions, des pratiques de réseaux. De nouveaux concepts, liés au développement des sciences telle la seconde cybernétique, ou cybernétique du deuxième ordre, nous incitent à revoir nos modes d'intervention, nous amènent à recentrer notre observation à la fois sur la finalité d'appartenance systémique et sur la place de l'individu dans le système. La nouvelle systémique privilégie ce rapport, cette dialectique entre appartenance à un système (couple, famille, école, culture, société...) et l'individuation, la prise d'autonomie. Si notre responsabilité d'intervenant reste totalement engagée, les

(2) *A.T.S.F. Renseignements : Dr P. Benghozi, 3, Villa Croix-Nivert - 75015 Paris*

Le C.E.C.C.O.F.

Centre d'études cliniques des communications familiales

Cet organisme a reçu successivement l'agrément de la D.D.A.S.S. (en 1981) pour la création du Conseil conjugal et social et un financement de l'Education nationale pour la prévention de la toxicomanie dans le primaire.
- Agrément de l'Education surveillée, en 1987 (création du bilan socio-familial - consultations sous mandat du juge)
- Agrément D.D.A.S.S. 93, en 1989 : consultations sous mandat administratif.

Quelles sont les missions du C.E.C.C.O.F. ?
- Thérapie familiale : problèmes liés à l'alcool, à la drogue, aux médicaments (adolescents et adultes), aux échecs scolaires, au couple, aux troubles psychosomatiques, aux difficultés d'insertion sociale et professionnelle (Consultations gratuites et anonymes),
- Bilan socio-familial: familles maltraitantes, inceste, prostitution, déliquance, toxicomanie. (Bilans uniquement sur mandat du juge ou de la D.D.A.S.S.),
- Actions préventives de la toxicomanie(en primaire),
- Formation professionnelle à l'approche systémique et à la thérapie familiale (500 journées touchant 600 stagiaires - groupes de supervision également).

Cinq antennes :

PARIS - RENNES - POITIERS - DIJON - NICE -

Bernard Prieur dirige le C.E.C.C.O.F., il est psychanalyste, thérapeute familial, expert près de la Cour d'Appel de Paris.

Principales publications du C.E.C.C.O.F. :

- Poisson (P.), *Travailleurs sociaux et approche systémique* in Le groupe familial n° 93 oct/déc. 1981
- Prieur (B.), Soboul (I.), La Violle (J.), Guyard (M.), Place du symptôme en thérapie familiale in *Revue de médecine psychosomatique et psychologie médicale* n° 4, tome 22, 1980
- Prieur (B.), *Changement en thérapie familiale* in Changements en psychologie : Actes du 3e Forum des Psychologues à Cannes, juin 1985
- Camdessus (B.), Traduction de *Derrière la glace sans tain, l'art du superviseur en thérapie stratégique* de Cloe Madanès, à paraître aux éditions E.S.F.

problèmes qui surgissent débordent de toutes parts nos anciennnes références et nous obligent à inventer chaque jour de nouvelles techniques et d'autres modèles.

J.D.P. : En particulier ce qui relève de l'éthique vous paraît-il essentiel ? S'agit-il d'un problème aigu, dans la mesure où l'on adresse des critiques à la thérapie systémique sur ce point ?

Yveline Rey : Votre question va me permettre de préciser la réponse de Bernard. Roland Fivaz (3) qui dirige actuellement l'Institut de physique appliquée de l'Ecole polytechnique de Lausanne répertorie les besoins fondamentaux de l'esprit. Le besoin de morale,souligne-t-il «c'est le besoin de voir et de construire les modèles de comportement cohérents qui assument à terme l'issue la plus avantageuse aux aléas de l'existence». Il me semble que la notion d'éthique se situe à un autre niveau logique. Elle représente une méta-réflexion par rapport aux besoins de morale mais aussi au besoin d'esthétique (les idéaux et valeurs idéologiques), au besoin également du jeu (concevoir des ensembles de règles) et au besoin d'exercer et d'améliorer (encore cités par R. Fivaz) qui correspondent au développement accéléré des méthodes et techniques. C'est le souhait d'un débat au niveau de cette méta-réflexion qui nous a incités, Bernard et moi-même, à choisir ce thème pour cette rencontre dans un lieu qui n'est pas tout à fait neutre : la Cité des Sciences de la Villette où se profile déjà, dans l'architecture, l'aube du troisième millénaire.

J.D.P. : En ce qui concerne les thérapies systémiques, quelle définition en donneriez-vous ?

Yveline Rey : Plutôt que de donner une définition qui figerait la notion d'approche systémique et la transformerait en une «chapelle», il me paraît préférable de tracer brièvement les étapes de son évolution. C'est dire que l'orientation systémique n'est pas une école de pensée mais un processus de modélisation. Au cours d'une première période qui débute dans les années 50, les pionniers de la démarche interactionnelle se sont focalisés sur l'étude de la communication dans ses aspects pragmatiques (4). Grâce à des maîtres à penser comme G. Bateson ils ont introduit le regard ethnologique en psychopathologie. Ce qui signifie qu'ils ont déplacé leur observation de l'individu au contexte interactionnel. Cet élargissement du champ d'observation s'est accompagné d'un changement de paradigme. La causalité linéaire (enchaînement cause effet) a été abandonnée au profit d'un raisonnement circulaire qui intègre les notions de rétroactions et met en évidence «la structure qui relie». Cette enfance de l'orientation systémique a été une période très créative mais qui, pour s'imposer et se différencier, a conduit ces pionniers à prendre le contre-pied de ce qui existait. De ce fait, ils restaient enfermés dans une logique disjonctive : ou/ou, ce qui se traduisait concrètement par des positions assez tranchées.

- L'accent est mis sur le contexte comme «matrice du signifié». L'individu, dans cette première optique, est donc quelque peu évincé au profit de son système d'appartenance : couple, famille, institution etc., qui mobilise toute l'attention. Les familles sont décrites comme des systèmes dotés d'une auto-régulation qui tendent à neutraliser toute modification du statu quo par des rétroactions négatives. Les comportements et les différentes interactions y compris le symptôme du patient désigné semblent contribuer, dans cette perspective, à la stabilisation rigide du groupe familial au détriment d'une autre tendance de tous les systèmes humains, qui est la tendance de l'évolution.
- La lumière du projecteur est strictement focalisée sur le présent, le passé n'étant pas susceptible d'être modifié. Mais l'accident, le malaise, la crise sont ainsi «déhistoricisés».
- Ce n'est plus l'individu qui est «malade» mais la communication familiale qui est «pathogène», il faut donc «apprendre à mieux communiquer». La logique reste linéaire, la famille devient «cause « du mal et si l'on passe d'un modèle médical à un modèle pédagogique, l'épistémologie continue à être celle de la «réparation»... Ce sont ces grandes tendances qui ont soulevé l'enthousiasme par le renouveau et l'espoir dont elles étaient porteuses. Elles ont également suscité un certain nombre de critiques tout à fait justifiées du fait que, poussées à l'extrême, elles tendaient à transformer le système familial en «machine triviale» selon les termes de H. von Fœster. Il faut dire que cette première systémique prenait comme référence principale la cybernétique d'Ashby qui étudie exclusivement les machines auto-régulées.

Depuis une bonne quinzaine d'années un important débat épistémologique s'est amorcé. Sous diverses influences à la fois scientifiques (notamment les études sur la thermo-dynamique du non-équilibre dues à I. Prigogine et celles de

(3) R. Fivaz est l'auteur de l'ouvrage «L'ordre et la volupté» Presses Polytechniques Romandes Lausanne 1989, et sera un orateur au Congrès d'octobre.

(4) P. Watzlawick et Col. «Une logique de la communication» Seuil, Paris, 1972.

la cybernétique du 2e ordre) mais aussi cliniques (avec les recherches et les expériences des centres européens) l'approche systémique a évolué et le degré d'incertitude s'est accru :

- L'illusion que l'observateur pouvait rester «neutre» et hors du champ qu'il observe s'est progressivement évanoui.
- Nous continuons à travailler sur les interactions dans «l'ici et maintenant» mais ne nous privons plus de l'exploration transgénérationnelle. La recherche des modèles transmis au cours des générations nous renseigne sur les enjeux actuels, les croyances partagées, les valeurs, les tabous... bref le mythe familial. Il devient alors possible de restituer une histoire et d'interroger le sens de la crise qui a conduit cette famille à faire appel à un intervenant extérieur. L'injonction paradoxale fait souvent place à un langage métaphorique (par exemple le conte systémique) qui permet de sortir d'une conception bi-polaire gagnant/perdant. Le thérapeute et la famille construisent un espace où à la fois la vision de l'intervenant et celle du groupe familial et de ses différents membres sont compatibles et complémentaires. Ce passage à une logique conjonctive qui intègre différentes perspectives crée une nouvelle réalité relationnelle.
- De ce fait, nous centrons moins notre intérêt sur le système en tant que tel. Nous travaillons davantage sur la relation dialectique qui unit l'individu en quête de différenciation, d'autonomie à ses groupes d'appartenance, c'est-à-dire à son identité collective (familiale et socio-culturelle). Ces quelques grandes lignes théorico-cliniques brossent schématiquement la direction de la nouvelle systémie qui apparaît alors comme «un modèle évolutif» appelé encore «Théorie de la complexité» (J. Le Moigne). Mais tous les thérapeutes familiaux n'y souscrivent pas et mon opinion (très personnelle) est que la systémie traverse sa période d'adolescence. Adolescence qui n'échappe ni aux mouvements contradictoires ni aux turbulences. Il était temps d'en débattre, d'où l'importance de cette rencontre internationale en octobre.

J.D.P. : Pourriez-vous, pour conclure, souligner les temps forts de la manifestation et nous parler des apports théorico-cliniques qui seront développés ?

Bernard Prieur et Yveline Rey : Nous venons de le voir, l'approche systémique est en pleine évolution, mais le monde tout autour bouge aussi ! Les structures du couple, de la famille, des institutions demain des entreprises sont en pleine mutation. Nous nous trouvons confrontés à de nouveaux paysages. Il devient urgent de redéfinir nos objectifs et nos responsabilités. Nous souhaitons que les conférences plénières données par des orateurs qui sont, soit des cliniciens expérimentés, soit d'éminents chercheurs, permettent non pas de donner des réponses mais d'orienter notre questionnement. Les symposiums sur des thèmes plus concrets sont destinés à favoriser un débat constructif avec les participants. Dans les ateliers -où le nombre de personnes est plus restreint- pourront se discuter des expériences (sur le terrain de la clinique, ou des grands organismes, institutions et entreprises). Un des points chauds sera sans doute la matinée du vendredi 5 octobre. Nous avons en effet prévu de présenter l'enregistrement vidéo d'un entretien familial (bien sûr avec l'accord de la famille). Cette projection sera l'occasion d'une confrontation clinique sur le thème «Idéologie familiale, idéologie des thérapeutes» modérée par Mony Elkaim avec la participation de Philippe Caille, Mara Selvini-Palazzoli et Carlos Sluski.

Ce rendez-vous d'octobre, avec ses différents moments et ses espaces modulables, est une invitation au voyage en territoire systémique pour les professionnels en quête d'ouverture.

■



LE C.E.R.A.S. :

Centre d'Etudes et de Recherches sur l'Approche Systémique

Le C.E.R.A.S.organise des rencontres nationales et internationales, publie des articles, travaux et ouvrages collectifs sur les thérapies familiales (en collaboration avec des chercheurs européens)

C'est un centre de formation professionnelle à l'intervention systémique et à la thérapie de couple et de la famille, ainsi qu'un centre d'entretiens.

Yveline Rey est responsable des activités pédagogiques et scientifiques du C.E.R.A.S. : elle est docteur en psychologie clinique, psychologue de l'Education nationale, thérapeute familiale au centre médico-psycho-pédagogique de l'Académie de Grenoble et à la clinique universitaire G. Dumas de la Tronche. Elle a publié un grand nombre d'articles et des ouvrages consacrés à l'approche systémique :

«La thérapie familiale telle quelle» (éd. E.S.F., Paris, 1981)

«Il était une fois ...» (éd. E.S.F., Paris, 1981).

Parmi les publications du C.E.R.A.S. :

- Rey (Y.), *L'approche systémique en psychologie clinique : application à la thérapie de famille* (thèse de doctorat de 3e cycle en psychologie clinique, soutenue le 14 décembre 1979 à Grenoble)
- Martinez (J.-P), Rey (Y.), Meiring (F.), Burille (P.), Approche systémique d'un adolescent suicidaire et de sa famille in *Revue psychiatries*, n° 40, pp 38-48, 1980
- Andrey (B.), *Thérapie systémique, ouverture transculturelle. Comportement et imaginaire* in Travail clinique et social en milieu maghrébin, sous la direction de A. Yahyaoui, éd. la Pensée Sauvage, 1987
- Rey (Y.), Un nouveau rôle pour le psychologue en milieu scolaire : médiateur de la communication in *Revue Groupe familial.*

Crise, familles, et toxicomanies

Les familles d'héroïnomanes se "comportent" de façon spécifique : niant sans le savoir les barrières générationnelles, surévaluant l'histoire familiale (les traumatismes) ainsi que les problèmes psychologiques et organiques présentés par les parents, elles redoutent particulièrement d'être désintégrées. Un paradoxe les traverse : elle préfèrent leur propre mort -et celle de l'adolescent, sa toxicomanie- à leur survie.
Ainsi, la toxicomanie de l'adolescent traduit fondamentalement une dépendance, dans une famille qui lui prescrit l'autonomie en lui refusant, dans le même temps, toute possibilité de la conquérir.



L'arrêt de la drogue : une deuxième crise pour la famille ?

Le Centre de Thérapie Familiale Monceau a été créé en novembre 1980 après deux années de démarches administratives. Ce projet avait mûri, alors que nous étions en poste dans le service du docteur Claude Olievenstein, à l'hôpital Marmottan.
Grâce à notre formation systémique, complémentaire de notre formation analytique, nous avons commencé à élaborer l'idée d'une prise en charge conjointe du toxicomane, de ses parents et également de ses frères et soeurs. Cette approche favorisait une meilleure appréhension de la réalité et des difficultés des jeunes alors qu'ils habitaient avec leurs parents, ou gardaient des liens importants avec leur famille.
Après 9 années de fonctionnement, plus de 2000 familles ont consulté au Centre Monceau. Ces consultations sont gratuites car le Centre Monceau est intégralement subventionné par l'Etat et les patients peuvent bénéficier de l'anonymat.
Le Centre ne possède pas de lits d'hospitalisation et n'assure aucun traitement médicamenteux.
L'équipe s'est agrandie et comprend actuellement :
- Treize cliniciens (psychiatres et psychologues ayant tous une formation psychanalytique et systémique),
- deux secrétaires (médicale et comptable),
- une stagiaire secrétaire,
- une femme de ménage,
L'augmentation croissante du nombre des consultations a nécessité l'agrandissement des locaux. En septembre 1987, le Centre a déménagé pour s'installer à quelques pas de la Gare Saint Lazare, dans un quartier assez animé et bien desservi par les transports en commun. Ce nouveau local permet un meilleur accueil des consultants. Il dispose maintenant de trois salles de thérapie, de deux salles de supervision et d'une salle de conférence qui est utilisée quotidiennement pour des actions d'information et de formation.
Si en France on constate actuellement une stagnation des problèmes liés à l'usage d'héroïne, néanmoins le nombre des consultations du Centre Monceau ne fait qu'augmenter. Une diversification importante de notre clientèle s'opère : le Centre est maintenant connu pour accueillir toutes les pathologies liées à l'adolescence. De nombreuses familles d'adolescents anorectiques, boulimiques, suicidants, etc. consultent actuellement.

Le sida modifie considérablement le paysage de la drogue et notre travail auprès des familles se révèle nécessaire par son rôle d'accompagnement et de soutien. Mais il va falloir repenser nos prises en charge en fonction de ces nouvelles données.

L'échéance de la mort, inscrite auparavant par l'héroïne, comme possible mais non certaine, est devenue prévision.

Les toxicomanes, hommes ou femmes, ont face à la mort des réactions différentes de celles de tous les autres groupes à risque. L'information et les programmes de prévention ne modifient pas toujours leurs conduites. Dans certains cas, l'annonce par le médecin d'une séropositivité renforce leurs tendances à l'auto-destruction. Dans d'autres cas, elle permet une prise de conscience et la possibilité pour le toxicomane de reprendre en charge un corps qu'il avait jusqu'alors négligé.

Dans une perspective de prévention et de soins, des contacts réguliers ont été établis entre l'Association Monceau et l'Association Aides, depuis le mois d'avril 1987.

Des plages cliniques réservées aux patients immuno-déprimés ont été mises en place au Centre Monceau, afin de répondre à une demande de consultants orientés à partir de services téléphoniques d'Aides. Ces patients peuvent être reçus individuellement, en couple ou en famille, et les liens avec leurs équipes médicales sont maintenus.

Nous rappellerons brièvement quelques hypothèses de fonctionnement des familles d'héroïnomanes que nous avons eu l'occasion de décrire, à plusieurs reprises, avec Pierre Angel (1) (2)

Nous citerons pour mémoire :

1 La cécité familiale

2 Le déni de l'enjeu mortel

3 L'absence de barrières générationnelles allant jusqu'aux relations quasi incestueuses

4 Les transgressions transgénérationnelles et la fascination inconsciente des parents

5 La surreprésentation des traumatismes vécus par les familles, précédant l'entrée du jeune dans la toxicomanie (décès, ...)

6 La surreprésentation des problèmes organiques et psychologiques présentés par les parents (50 %)

7 Les pathologies associées des frères et soeurs (75 %)

8 Les ruptures culturelles

Ces hypothèses s'inscrivent dans une trame familiale spécifique à chaque famille.

L'état de crise peut être défini comme un réaménagement d'un équilibre homéostatique, lié à un changement de phase dans les cycles de la vie familiale. La crise constitue un moment fécond tant pour la famille que pour le thérapeute qui peut l'aider à modifier ses règles habituelles de fonctionnement. (3)

Le dévoilement par un tiers de la toxicomanie provoque bien souvent une crise tout comme par exemple l'amorce de l'état dépressif de la mère ou la mise à la retraite du père... Autant d'événements à intégrer dans la demande formulée par la famille au décours du premier entretien.

Cette situation de crise est ressentie comme une menace de désintégration du groupe. Au cours de cette période de changement des conduites régulatrices, la famille met en place des stratégies visant à circonscrire le symptôme et à le faire disparaître. Trop souvent, les mesures adoptées, fausses réponses à un problème mal posé, ne font que renforcer les tensions du groupe familial. Les mécanismes d'extinction de la crise visent à éliminer ou à réduire les conflits en renforçant la désignation du patient et en le plaçant en position de bouc-émissaire.

Un des paradoxes fondateur de ces familles est constitué dans l'idée d'une acceptation synchronique et d'une acceptation diachronique (4). Ce paradoxe peut s'énoncer : «Pour que la famille vive, il faut que la famille meure». La famille est en effet à la fois famille synchronique, c'est-à-dire le lieu des interactions, dans «l'ici et maintenant», aussi famille diachronique, lieu du cycle vital.

Cette collusion structurale de ces deux niveaux véhicule l'idée que le projet familial est contenu et conditionné par l'existence et la perpétuation de la famille synchronique. L'aphorisme «il faut que la famille meure pour que la famille vive», dévoile un double lien, c'est-à-dire deux niveaux logiques différents confondus en un seul. Le corollaire de ce double lien est la désorganisation de la mort, son inscription, hors temps, hors généalogie, hors destin.

Dès lors, la mort de chaque personnage de la famille synchronique, qu'il soit l'aïeul, le parent ou l'enfant, présente le même caractère de dangerosité pour la cohésion du groupe et conduit au même type de crise : remplacer la fonction manquante pour assurer cette cohésion. Toute différenciation pourrait en effet conduire à l'idée d'une dissociation et donc de mort du projet familial. C'est cet impératif de transmission qui conduit à la désorganisation de la structure générationnelle patente dans ces familles, où la fonction de l'ancêtre peut être incarnée par le toxicomane.

Les interactions bien souvent mortifères des familles d'héroïnomanes montrent que la mort du jeune est préférable à toute individuation et à toute amorce de dissociation de la famille synchronique,

condensation extemporanée du cycle vital et seule porteuse du projet familial.

Dans la notion du cycle vital (5) qui illustre le déroulement diachronique de la famille, la mort de l'entité famille naît de la simultanéité de trois événements :
1 - Individualisation-autonomisation de l'adolescent
2 - Mort des grands-parents
3 - Corollaire des deux précédentes : deuxième phase de vie pour le couple parental : la phase du «nid vide».

L'omniprésence de la mort de l'adolescent constitue la fin du projet parental, mais engendre sutout un court-circuit générationnel. En fait, tout se passe comme si la boucle générationnelle grands-parents-parents-enfants était modifiée de telle façon que le couple parental redonne naissance à ses propres parents dans une famille synchroni que interminable où les trois événements décrits précédemment n'ont plus cours :
1 - L'individualisation de l'adolescent est impossible, le risque vital induisant la nécessité absolue de la protection parentale
2 - Le deuil des familles d'origine est transformé en événement mineur devant la gravité de la situation
3 - L'autonomisation du couple parental est annulée par la transmission directe d'un savoir grand-parental donné à l'adolescent et excluant les parents.

Un autre paradoxe fondateur de ces familles est celui de l'autonomie comme règle. Si l'accession à l'autonomisation des jeunes se retrouve dans toutes les familles, il prend un aspect plus spécifique dans les familles de toxicomanes. En effet, la dépendance aux produits renvoie à ce que nous avons appelé la «familio-dépendance» (6). La famille énonce l'idéal libertaire du jeune «sois autonome», disent les parents en renforçant la violence intrusive et en impliquant la règle de la transparence :
«Nous sommes tous comme des frères et soeurs, comme des copains, tu peux tout nous dire...».Ils se placent ainsi au même rang générationnel qu'eux en tentant de mettre en place avec leur enfant une pseudo-autonomisation, miroir de leur propre autonomisation im possible. La dépendance au produit permet de maintenir le paradoxe «je suis là tout en étant absent» et d'établir un consensus.
La poudre cimente les loyautés familiales et maintient l'homéostasie du système.
L'arrêt de la drogue peut être envisagé comme une deuxième crise pour la famille. Le toxicomane prenant enfin la mesure de sa dépendance peut renoncer à l'objet drogue qui symbolise l'idéal libertaire. On assiste alors à une nouvelle crise d'adolescence du jeune qui a maintenant la trentaine ; cette crise fait écho à celle du couple parental. Ainsi sont revécus avec acuité des conflits d'adolescence mis longtemps entre parenthèses par la prise de produits. La crise familiale, déclenchée par la découverte de la toxicomanie est suivie d'une deuxième crise, celle de l'après sevrage où la dépendance à la famille est questionnée.

Les réaménagements observables au fil du temps sont maintenant sujets à des nouvelles crises, majorées par les risques du sida.
L'échéance de la mort, inscrite auparavant par l'héroïne, comme possible mais non certaine, est devenue prévision.
La famille diachronique gère sa temporalité, la famille synchronique peut alors fonctionner... Mais, à tout moment, le présent est effacé par rapport au passé ou au futur même si c'est toujours de lui que l'on parle.

- Les théories systémiques nous fournissent une conceptualisation des processus thérapeutiques, et l'approche familiale permet de favoriser les efforts d'innovation des familles, qui tendent ainsi vers des réorganisations et des restructurations moins aliénantes.

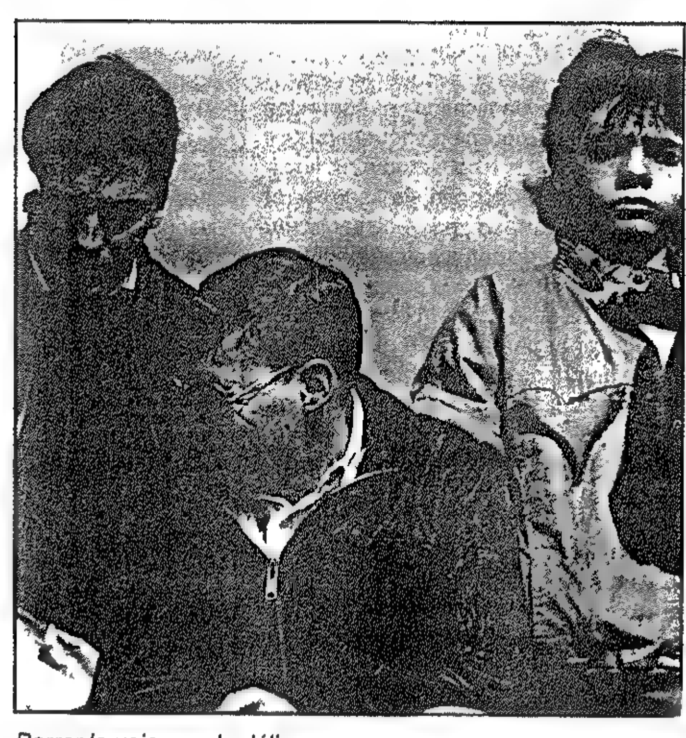
■ **Sylvie Angel**

BIBLIOGRAPHIE

1 - Angel (S.), (P.), *Toxicomanies et Familles*, éditions Universitaires, 1989.
2 - Angel (S.), (P.), (sous la direction de), *Entre dépendances et libertés : les toxicomanies*, éditions Echo, 1989.
3 - Angel (S.), (P.), «Dépendance, sevrage, famille» in *La clinique du toxicomane*, sous la direction de Cl. Olivenstein, éditions Universitaires, 1987.
4 - Chatiel (P.), «Les symptômes familiaux» in *Actualités transgénérationnelles en pathologie*, sous la direction de P. Fedida et J. Guyotat, éditions Echo-Centurion, 1986.
5 - Miermont (J.) (sous la direction de) «Dictionnaires des thérapies familiales» *Théories et pratiques*, éditions Payot, 1987.
6 - Angel (S.), Angel (P.), «La poudre et la fumée» *Les toxicomanies : prévenir et soigner*, éditions Acropole, 1987.

Délinquance et adolescence : une lecture systémique

Le contexte judiciaire et la dimension d'obligation qu'il suppose n'autorisent pas véritablement des interventions d'ordre clinique ou thérapeutique auprès d'adolescents inscrits dans la délinquance... Or, c'est bien le rôle des psychologues de faire surgir une demande d'aide chez ces adolescents et de la transposer dans un contexte moins contraignant, clinique, dans les murs mêmes de l'institution. La grille systémique permet alors de saisir les articulations qui traversent le système intrapsychique, familial et social. En refusant d'entériner la désignation psychopathologique dont l'adolescent fait l'objet, dans sa famille, les intervenants en thérapie familiale contribuent à barrer la voie vers la délinquance pour de jeunes sujets prématurément «étiquettés».



Barrer la voie vers la délinquance

Il n'est pas possible dans un espace d'expression nécessairement limité de prétendre traiter de façon exhaustive des relations complexes qu'entretient l'adolescence avec la délinquance, ni même de prétendre en épuiser la seule lecture sous un angle uniquement systémique. La littérature sur le sujet est bien trop abondante (et diverse et contradictoire) pour prétendre même en risquer la synthèse en quelques lignes.

Aussi avons nous choisi de limiter notre propos à l'énoncé de quelques observations et réflexions empruntées à notre pratique quotidienne de psychologue exerçant dans une consultation, recevant en majorité des adolescents délinquants ou en «danger moral», ceci en référence constante avec un projet de prise en charge incluant d'emblée la famille des «patients désignés» par le juge dans la conduite d'entretiens d'exploration ou de suite s'inspirant, dans leur méthode, des théories et des techniques élaborées par le courant de l'approche systémique appliquée au champ du travail social (techniques empruntées, pour nombre d'entre elles, à celles développées par les diverses écoles de thérapie familiale systémique).

Les quelques réflexions qui vont suivre n'ont naturellement qu'une valeur relative, provisoire et ne doivent être prises que comme jalons d'une réflexion qui se poursuit tout en s'appuyant sur une expérience pratique d'une dizaine d'années dont on pourrait souligner qu'elle nous a essentiellement appris à ne pas négliger l'importance du contexte dans lequel s'inscrit notre intervention, ni la rigueur nécessaire du dispositif mis en oeuvre dès les débuts d'une intervention, ni les interférences intersystémiques avec les autres niveaux d'interventions et leurs agents, si l'on ne veut pas courir le risque de se trouver très vite paralysé dans les impasses malignes insurmontables où les escalades symétriques -tant avec le système familial qu'avec les autres systèmes d'intervention- le disputent avec les positions d'impuissance réciproque et des risques d'amplification de l'erreur, c'est-à-dire, en l'occurence, du symptôme de l'adolescent.

Rappelons tout d'abord que notre contexte de travail se caractérise par une double obligation fixée par le juge des enfants qui nous mandate à intervenir : d'une part, pour ce qui nous concerne, de tout mettre en oeuvre pour l'exécution de ce mandat judiciaire de consultation (obligation de moyens, si ce ne peut être de résultat); d'autre part, en ce qui concerne l'adolescent et sa famille de se plier à cette obligation «d'aide contrainte». Par définition, un tel contexte d'intervention ne peut s'inscrire dans un cadre thérapeutique supposant un champ d'expression d'une demande d'aide individuelle ou familiale librement exprimée.

En effet, en dépit de glissements de sens et de confusions inévitables chez certains utilisateurs, il faut se garder du leurre qui consisterait à croire qu'une thérapie familiale pourrait éventuellement se mettre en place dans un con-

texte judiciaire dont la dimension d'obligation - toujours inscrite en horizon au long de l'intervention éducative ou clinique - interdit même, selon nous, que cela se fasse de façon «non-déclarée» (selon l'expression de Mara Selvini, concernant sa pratique de secteur).

Par contre, rien n'interdit de considérer que, dans les cas les plus favorables tout au moins, un travail familial, s'exerçant dans une contrainte dont la prégnance peut être évolutive, puisse être une amorce propédeutique permettant l'émergence d'une réelle demande de thérapie familiale ou individuelle qui devra alors être dirigée hors du champ judiciaire pour trouver les conditions nécessaires à son expression.

Nous ne pouvons qu'évoquer ici l'importance de cette clarification des contextes et les difficultés qui ne manquent pas de surgir quand nous nous trouvons en situation de favoriser ces «passages» et de référer une demande naissante, du lieu judiciaire de son surgissement vers le lieu thérapeutique de son accomplissement. La difficulté se trouve naturellement accrue par la fluidité et la fragilité d'une demande adolescente, mais également par la complexité des enjeux relationnels qui s'établissent progressivement dans le temps de l'intervention - en marge de la contrainte - au sein du système d'intervention mis en place entre la famille, les intervenants qui conduisent les entretiens et le juge mandataire, qui en font un système tripolaire, que l'on pourrait dénommer «système d'intervention éducative» par analogie avec la notion de «système thérapeutique» développée dans d'autres contextes. En effet, bien que le contexte d'intervention ne soit pas thérapeutique, cela n'élimine pas pour autant du champ éducatif toute la problématique des alliances ou des transferts partiels, s'inscrivant dans une dialectique complexe du lien, du pouvoir et de la relation d'aide.

Le contexte de consultation familiale sous mandat judiciaire permet de réunir - le temps de quelques entretiens structurés sur un mode systémique - les protagonistes d'une famille (dans la réalité ou dans une existence au moins symbolique induite par la définition même que nous posons de l'unité d'intervention constituée par «la famille», dont les différents membres sont présents physiquement ou par leur «chaise vide») autour du patient désigné adolescent et à propos d'un symptôme de trangression des limites permises par la loi sociale. Cela amène à un recadrage progressif du sens de ce passage à l'acte , à sa prise en compte par la famille dans ses tentatives d'ajustement de ses règles internes à des situations nouvelles, et à une mobilisation éventuelle de ses ressources positives - éducatives - momentanément bloquées - dans un climat de collaboration. Il ne se s'agit pas en effet de tomber dans le piège du déplacement de désignation (auquel, d'expérience, les parents sont très sensibilisés) mais bien plutôt de requalifier leur position, et de connoter leur souffrance, en préalable à une redéfinition des règles et des relations intra-familiales. Il est souvent difficile de discerner d'ailleurs qui a initié ces jeux pernicieux de désignations réciproques disqualifiantes : disons simplement que familles et travailleurs sociaux ne sont pas en reste dans la dynamique d'étiquettages de certains adolescents qui se trouvent aspirés dans des processus d'identification de plus en plus négative s'alimentant parallèlement de leurs transgressions récidivantes.

Les adolescents eux-mêmes n'échappent d'ailleurs pas à cette dynamique de la disqualification, et certaines sous-cultures délinquantes - sociales ou institutionnelles - le démontrent amplement.

Ce n'est pas le moindre avantage de la grille de lecture systémique que de permettre de mieux cerner les jalons et les repères qui favorisent la compréhension de telle attribution de rôle, de telle délégation de mission transgénérationnelle ou de tel interdit de dépassement entraînant aussi bien selon les cas, les situations ou les moments blocage de développement, régression ou transgression dans le processus de remaniements de l'adolescence.

Dans une telle perspective, la trangression ne saurait être considérée comme simple risque ou accident de parcours, auquel les familles «heureuses» pourraient échapper, mais elle se situe au contraire comme l'un des processus incontournables (dont les effets peuvent aussi bien devenir positifs que négatifs en fonction des moments et des circonstances) repérable à chaque étape du développement de l'adolescent, indissociable de la dynamique du cycle de vie familiale dans lequel il s'inscrit.

Les conduites délictuelles de l'adolescence s'inscrivent dans un cadre dont les angles ont pu être justement définis par la double interaction de la désillusion et du déni (conduites ordaliques pouvant aller jusqu'à la tentative de suicide) et du défi et du délit (cf.Jacques Selosse, 1986).

La fonction d'appel à l'aide, qui s'exprime dans les défis lancés à la famille comme à la loi, ne peut être appréhendée dans sa signification que grâce à une modélisation théorique qui tienne compte des articulations entre les divers systèmes en cause : système intrapsychique, système familial et système social.

Le passage à l'acte délictuel n'est-il pas en effet un comportement métaphorique, une façon d'exprimer dans l'agir ce que l'on ne peut exprimer par le langage (soit par incapacité personnelle, soit par interdit familial), c'est-à-dire l'expression sur un mode analogique d'un dépassement ou d'une tentative de transformation ou d'abolition d'une règle ou d'une loi devenue inadéquate ou insupportable dans son expression implicite ou dans sa formulation digitale ? Comme l'a formulé Roger Dorey (1963) la transgression «nous agit plus qu'elle ne nous parle, nous la vivons plus que nous ne la comprenons».

Cette incompréhension suscitée par le passage à l'acte délinquant de l'adolescent peut s'inscrire en rétroaction secondaire à l'état de confusion dans lequel il se trouve plongé lorsqu'il est confronté au double-lien scindé ou clivé d'injonctions contradictoires exprimées par au moins deux adultes différents (en position affective privilégiée ou d'autorité). Nous évoquons ici, bien entendu, la modalité de transaction délictogène décrite par A.J. Ferreira (1960) que nous observons effectivement fréquemment au sein des familles de ces adolescents, ou encore dans les discours tenus par les familles et les instances éducatives ou judiciaires, ou l'un dit blanc, l'autre dit noir, sans que pour autant le conflit entre les injonctions formulées soit évident et n'entraîne une disqualification réciproque de leurs émetteurs.

Pris dans ces jeux contradictoires, l'adolescent est toujours perdant et se trouve en proie à des sentiments d'insuffisance, de déloyauté, d'impression qu'il sera toujours en tort quoi qu'il fasse, ce qui peut renforcer son identité négative et l'ancrer encore plus dans le risque de la récidive qui au moins entérinera les prédictions pessimistes dont il est l'objet (façon de donner, finalement, raison à autrui en se mettant soi-même en tort), mécanisme très bien décrit par ailleurs par Guy Ausloos.

Au travers de ces jeux pervertis, qui ne se limitent pas à des contradictions intra-familiales, nous pouvons mieux saisir, peut-être, l'importance que revêt une lecture en termes de causalité circulaire resituant le sujet dans son environnement et son contexte au sens large, impliquant une intrication des systèmes en jeu dont les effets peuvent être cumulatifs, le système familial n'étant alors qu'un système parmi d'autres, que nous retenons cependant comme unité adéquate d'intervention - quand il s'agit d'une problématique adolescente - en tant que lieu de socialisation et de développement affectif de l'individu, sans pour autant être exempt des influences contradictoires des systèmes sociaux plus larges à fonction d'éducation ou de socialisation.

A ce propos, on ne peut que souligner au

passage combien cette dialectique conflictuelle entre espace privé familial et espace public social est naturellement au coeur du débat actuel autour des droits et des besoins de l'enfant et de l'adolescent qui ne sauraient éluder sans risque la dimension psychogénétique et familiale des processus éducatifs.

Il importe également de souligner en passant l'importance de la dimension temporelle qui doit prendre en compte tout à la fois la verticalité généalogique de l'histoire familiale (et le génogramme est ici un outil très fécond), l'horizontalité du contexte familial actuel pris dans «l'ici et maintenant» de la crise qu'il traverse et les possibilités de projection individuelle vers l'avenir de chaque membre de la famille, et non du seul adolescent, car l'accession de ce dernier à l'autonomie et à la responsabilisation de ses actes, introduit de nouvelles données, non seulement dans le destin familial, mais dans les destins individuels de chacun.

Bien que n'ayant pu qu'énumérer trop rapidement quelques éléments importants qu'il nous a été donné d'observer au travers de notre pratique clinique de consultant auprès de familles d'adolescents délinquants, nous ne voudrions pas terminer, sans évoquer une piste d'interrogations que nous posent certaines situations souvent graves dans leur pronostic et leur évolution.

Dans ces situations particulières, nous avons pu remarquer que l'une des fonctions principales du symptôme de délinquance présenté par l'adolescent avait pour effet d'échapper à une définition de lui-même par sa famille comme sujet «frappé de folie» qu'il conviendrait de soigner plutôt que de punir. Ces désignations familiales sont généralement précoces («dès l'âge de un an», nous disait un père , «mon fils était psychopathe, il disait toujours non! «), inscrites parfois dans une hérédité mythique («c'est tout le caractère de son arrière grand-mère») et elles se trouvent réactivées par les comportements adolescents face auxquels les parents ont du mal à faire la part entre le «semblant» du défi et la réalité du danger. Dans de telles situations - si elles ne sont pas décelées et traitées en temps utile on pourra se trouver devant une délinquance parfois très grave qui permet au sujet concerné de se mettre «à l'abri de la loi» (même au prix d'une incarcération lourde mais limitée dans le temps et reconnaissant sa «responsabilité») plutôt que d'endosser définitivement la définition psychopathologique de sa famille qui l'angoisse et de se trouver psychiatrisé et aliéné dans son être. Les institutions éducatives elles-mêmes ne sont pas à l'abri de ce type de fonctionnement extrêmement nocif. Dans une telle perspective, les transgressions posées par l'adolescent - même si leurs effets peuvent être très dommageables socialement - semblent être vécues par lui comme un moindre mal, instaurant une distance entre son symptôme et son identité, dans cette dialectique entre «avoir» ou «être» le symptôme telle que l'a décrite Robert Neuburger (1984).

En conclusion provisoire de ces quelques réflexions très incomplètes, empruntées à notre pratique systémique auprès d'adolescents délinquants et de leurs familles, nous pensons préférable de laisser la parole à Michel Foucault qui a su traduire la complexité de cette problématique de la transgression dans une préface de 1963 : ... «La limite et la transgression se doivent l'une à l'autre la densité de leur être : inexistence d'une limite qui ne pourrait absolument pas être franchie ; vanité en retour d'une transgression qui ne franchirait qu'une limite d'illusion ou d'ombre.»

■ **Pierre Segond.**

Anorexie et toxicomanie à l'adolescence

Les adolescents anorexiques et/ou toxicomanes traversent une crise d'identité aggravée, qui remet en question leurs systèmes d'appartenance, et au premier chef leur place dans la famille.
Prise de drogue et conduites alimentaires perturbées symbolisent, pour eux, le droit d'exister. En refusant le mythe familial, organisé autour d'un intérêt pour la nourriture, les jeunes adolescentes anorexiques tentent-au prix d'un lourd paradoxe - de se séparer d'une famille dont elles sont encore prisonnières.
Aliénés aussi dans leur désir, les jeunes toxicomanes essaient désespérément, à travers leur symptôme, de signifier le conflit qui les oppose silencieusement à leur entourage familial.



Tenter de s'individualiser à travers des actes singuliers

L'adolescence est généralement considérée comme une crise individuelle où l'obligation de faire des choix, d'acquérir une certaine autonomie, d'accéder à la sexualité, de s'individuer par rapport à sa famille d'origine tout en trouvant son identité, s'impose. Mais c'est aussi une période de crise familiale car tout le système d'appartenance va être bousculé par l'évolution du jeune garçon ou de la jeune fille.

A cette période de la vie familiale des comportements déviants peuvent émerger, l'anorexie et la toxicomanie en font partie, la plupart des auteurs situent généralement l'anorexie au début ou à la fin de l'adolescence la tranche d'âge à risque se situant entre 12 et 18 ans, 95% des cas sont des femmes.

L'anorexique est une adolescente à la recherche de son identité. Elle voit son corps se transformer, évoluer vers la plénitude des formes féminines épanouies. A l'évidence, cela l'effraie. La tentation est grande de refuser la transformation du corps pour rester dans le bienheureux «no man's land» de l'enfance. Dans son désir à demi inconscient d'une identité dans l'indifférenciation sexuelle avec l'aménorrhée et la disparition des formes féminines, comme le disait le Professeur Laxenaire lors de la présentation du colloque en 1987, l'adolescente est aidée par le «look» actuel qui impose la figure de l'androgyne. D'un couple vu de dos, il est bien difficile de dire lequel est le garçon et laquelle est la fille. Les journaux féminins, les mannequins des grands couturiers, les chanteuses à la mode font le reste. Presque naturellement, l'adolescente se contraint à un régime qui, de la macrobiotique au végétarisme, exaltera son besoin de pureté et de sainteté.

Si, pour le clinicien, le début de la toxicomanie est toujours difficile à situer, c'est vers 16, 17 ans que se situent les premières rencontres avec la drogue même. Les 15-19 ans représentent 10 % de la population, alors que 39 % ont entre 20 et 24 ans, 29 % entre 25 et 29 ans.

Les trois quarts des toxicomanes sont des hommes ; 45 % vivent dans leur famille, 5 % ont un logement assuré par leurs parents, c'est dire à quel point, même si la dispersion d'âge est relativement large, les toxicomanes vivent, pour

moitié d'entre eux, de façon extrêmement liée à leur famille.
Au niveau de leurs antécédents familiaux, on trouve des séparations parentales, la fréquence de pères décédés et des tentatives de suicide pour 24 % des sujets ; cette population est dix fois plus exposée aux risques de récidive et de suicide (première cause de mortalité pour les hommes de 20 à 24 ans).
Il y a chez l'anorexique, chez le toxicomane, une crise d'identité qui vient réactiver la crise d'adolescence et les transformations à la puberté. Dans ces deux cas, il s'agit peut-être d'essayer de changer la perception d'une réalité corporelle, à l'aide d'un toxique ou de jeûnes répétés : la drogue rend sûr de soi, elle donne l'illusion d'être quelqu'un, elle permet d'arrêter le temps en défiant les lois biologiques. C'est un sentiment de toute-puissance, tant recherchée à l'adolescence, et qui se trouve chez l'anorexique : elle défie les lois corporelles en vivant tout en se s'alimentant pas.

En raison de leur sentiment d'inefficacité, d'impuissance face à la vie de dépendance, ils vont chercher un sentiment d'individualité à travers des actes singuliers marquant leur différence et leur conférant l'impression d'exister. A travers l'acte ordalique, ils expriment en quelque sorte, selon Aimé Charles-Nicolas, le besoin de se séparer, de se poser en maîtres de leur destin. Mais ce n'est pas pour devenir un surhomme ou surfemme qu'ils se mettent en danger, c'est en fait pour être simplement en droit de vivre.
Bien que la conduite ordalique soit paradoxale puisque son but est la vie alors qu'elle est minée par l'autodestruction réelle, il est important de retenir qu'il y a chez ces individus une conduite de risque délibérée : risquer la mort pour vivre.

Anorexie, toxicomanie et famille.

On est frappé de constater avec quelle fréquence le diagnostic d'anorexie mentale est fait en général en retard alors que l'histoire clinique est le plus habituellement limpide.
Souvent l'affection peut être correctement reconnue mais la démarche médicale reste peu cohérente. On continue à explorer dans le domaine somatique comme si l'origine psychique, à peine reconnue, devrait être mise en cause ou déviée.
Les spécialistes ou les généralistes le plus souvent concernés - pédiatres, endocrinologues, gynécologues, nutritionnistes - n'échappent pas à une certaine sidération devant le spectacle des maigreurs qui leur sont montrées. Cette attitude a des conséquences non négligeables sur la démarche diagnostique et elle peut, en partie, contribuer à expliquer que nous voyons les anorexiques souvent après un long périple : hospitalisations successives aux fins d'explorations diverses, changement de lieu de vie, séjour en clinique où les jeunes malades peuvent inconsciemment faire la preuve victorieuse de leur grande connaissance dans ce domaine.
Mais l'attitude des parents peut être aussi la cause de ces détours multiples. Quand il s'agit d'enfants, d'adolescents(es), ce sont eux qui prennent rendez-vous avec le corps médical. Ce sont aussi eux qui peuvent prendre l'initiative de suggérer l'hospitalisation ou d'aller consulter ailleurs.
Quelle est la part du bien-fondé de leurs décisions, quelle est la part de leur résistance inconsciente au changement ? Comment mettre en doute leur comportement quant tout concourt à montrer qu'ils font tout pour le bien de leur fille et que leur discours verbal, à un premier niveau, renforce cette perception première.

Depuis toujours, les praticiens qui ont pris en charge des patientes anorexiques ont remarqué l'importance du rôle de leur famille. La preuve la plus évidente est qu'au cours des traitements hospitaliers proposés, l'isolement d'avec le groupe familial a longtemps été et est encore l'élément essentiel, même si les modalités de cette séparation et son sens ont énormément évolué.
Les parents ont été régulièrement incriminés, ou, tout au moins, tenus en suspicion dans le déclenchement de l'affection. Pour certains, l'anorexique est le symptôme et le porte-drapeau malheureux d'un milieu familial pathogène.
Même si nous sommes épistémologiquement en désaccord avec une telle acception, nous devons faire beaucoup d'efforts pour la dépasser ou pour contrôler nos interventions thérapeutiques qui traduiraient une telle pensée.
La façon dont on considère le rôle de la famille s'est énormément transformée ces dernières années. Et le développement des théories systémiques a largement contribué à cette évolution. Mais des différences notoires existent sur la place faite au milieu d'appartenance dans la prise en charge des patientes anorexiques selon les théories de base auxquelles se réfèrent les cliniciens concernés.

Comme nous l'avons déjà dit, l'anorexie, c'est avant tout l'adolescence et les relations manifestes, latentes que la jeune développe avec son entourage.
Dans ce sens, Hilde Bruch déclare: «Ce qui compte pour le diagnostic, c'est la reconstitution du comportement des

problèmes du malade et des types d'interaction, des rapports qu'il a eus avec sa famille avant que la maladie ne devienne manifeste». Au fond, comment se produit la perversion des relations ?

Sans supposer une structure familiale ou des interactions spécifiques, la famille de l'anorexique manifeste souvent un intérêt pour la nourriture et le confort matériel. La patiente peut trouver par ses symptômes un moyen de rester fidèle à la tradition familiale tout en s'y opposant de façon insidieuse, comme malgré elle, au nom d'une impossibilité de manger qu'elle ne contrôlerait pas, qui serait plus forte qu'elle.

En refusant son mythe principal et en maintenant en même temps un intérêt permanent à la nourriture, la patiente a trouvé le moyen de rester dans la famille tout en s'en démarquant. C'est une forme d'opposition dont elle ne déclare pas ouvertement la couleur. Et pourquoi s'opposer à des parents qui se présentent comme irréprochables, dont l'histoire familiale présente en général peu de failles ?

Ce n'est pas le cas des familles de toxicomanes. Selon les données statistiques, on y note un fort taux de ruptures parentales, de deuils, de crises ouvertes. Comme sa famille, le toxicomane a un parcours mouvementé, agité. Ils «galèrent» à tour de rôle.

Dans ces systèmes, on note une consommation régulière ou épisodique d'un produit quelconque, alcool, tranquillisant ou somnifère. Tout se passe comme si le mythe familial, organisateur de l'équilibre, postulait qu'il existe une solution «ingestible» à tous les maux et que les grands conflits intérieurs et extérieurs s'apaisent dans la prise de produits.
En fait, le groupe familial en crise de modèle de représentation et dans l'incapacité de gérer cette crise, choisit inconsciemment la parure - un enfant toxicomane - qui permet de ne pas toucher aux enjeux relationnels. Le corps intoxiqué fait écran à toutes ces difficultés et entrave le dialogue aussi bien avec le jeune qu'avec ses parents.

Sous l'influence des études systémiques, l'importance de l'environnement familial dans la toxicomanie retient aussi l'attention des praticiens: tout le monde est d'accord pour accepter l'idée que plus on limite les échanges au niveau médical - médicaments, cure de désintoxication, post-cure - plus on risque de s'enfermer avec le patient et sa famille à un niveau de malentendus qui empêtrent les relations. Mais il est difficile, tout au moins au démarrage des prises en charge, d'aborder un autre sujet que les risques de la drogue.
La pratique clinique montre aussi que la restitution de la crise familiale permet d'éviter le piège d'une relation thérapeutique où tout tourne autour de convaincre et d'aider à arrêter.
Mais comment envisager sereinement la restitution de cette crise, voire son amplification face à des parents constamment en alerte depuis plusieurs années ?
Les chiffres montrent qu'il s'écoule en moyenne trois ans et demi entre le démarrage de la toxicomanie quelle qu'elle soit et sa connaissance officielle par l'environnement familial. Est-ce à dire qu'il ne se passe rien pendant trois ans et demi, qu'aucun signe n'alerte les proches ?

Les consultations des parents chez les médecins généralistes au premier indice de prise de drogue par leur fils ou leur fille, leur passage dans des centres d'accueil montrent qu'ils sont très tôt inquiets.

Mais si l'intensification de cette inquiétude peut avoir comme effet de les maintenir en éveil et d'éviter de les encourager inconsciemment à voiler le problème, elle peut avoir pour effet pervers, si elle n'est pas contrôlée, de pousser le groupe familial à agir comme persécuteur à l'égard du toxicomane: la frontière entre les deux attitudes est mince.

La famille veut que l'objectif premier du traitement soit la désintoxication. Mais il est difficile de lui faire accepter l'idée que son efficacité dépend d'une compréhension préalable de la place du symptôme dans l'économie relationnelle du toxicomane et de sa famille. Il est encore plus difficile de leur transmettre l'idée que le changement ne peut être uniquement le fait du patient mais dépend aussi des dispositions de l'entourage à ce changement.

Si tout ce qui précède montre de façon évidente l'implication de la famille dans les problèmes de l'anorexique et du toxicomane, il faut rappeler aussi que la demande de soins émane toujours des parents. Ils sont donc dès le départ présents. Ce sont eux qui manifestent leur inquiétude alors que la jeune fille, arrogante ou mutique, minimise ses troubles et que le garçon démontre par A plus B qu'il contrôle très bien sa toxicomanie et qu'il pourra s'arrêter quand il le décidera.
Contrairement aux autres malades, ceux-là ne demandent rien. Ils savent ce qu'il leur faut.
Demander, ce serait reconnaître qu'ils ne savent pas ce dont ils ont besoin, ce qui irait à l'encontre de toute leur stratégie qui consiste à fuir cette incertitude dans la quête d'un objet d'élection.
Organiser sa vie autour d'un objet que l'on recherche ou que l'on s'interdit permet de se situer toujours par rapport à un besoin que l'on connaît et qui est contrôlable. On évite aussi de se poser la question d'un désir personnel qui reste inconnu et inquiétant. Parler de ses désirs personnels nécessite aussi une certaine autonomie, une individuation, une séparation avec la famille, qui, parfois, paraît impossible depuis plusieurs générations et que le recours à l'objet permet de postposer ou d'éviter.
Ces conduites provoquent une très intense mobilisation familiale autour de la pathologie. Si cela est plus rare pour l'anorexie, c'est courant, en matière de toxicomanie, d'être interpellé par un oncle proche, une sœur aînée ou une grand-mère.
Et l'impact mobilisateur du symptôme confère un énorme pouvoir au patient identifié. Ce n'est pas le but immédiat recherché mais il contribue à entretenir le comportement anorexique ou toxicomaniaque, ne fut-ce que par les bénéfices secondaires qu'il procure.
Mais comment celui-ci réagit-il quant à l'apparition superficielle de ses symptômes ? Il voit ses parents se démobiliser, eux qui n'ont pas cessé de s'inquiéter. Comment peut-il interpréter cette démobilisation ?
Associer la famille au traitement paraît indispensable mais il faut aussi reconnaître que cette prise en compte active multiplie les difficultés des thérapeutes.
Les difficultés de prise en charge tant de l'anorexique que du toxicomane sont multiples.
La première consiste, à notre avis, à pouvoir entendre ce qu'indique le symptôme sans en faire une cible première, pouvoir le tolérer un temps sans pour autant accepter que s'installe une chronicité figée.
Le symptôme est toujours un signifiant du désir du sujet - ou une fonction particulière dans le système d'appartenance - qui, à ce titre, y tient plus qu'à toute autre chose. Il est parfois sa seule possibilité de survivre comme individualité dans un défi à la mort qui peut être, comme nous l'avons vu, une lutte pour la vie. Il nous paraît donc illusoire et dangereux de se centrer trop exclusivement sur l'arrêt de la conduite symptomatique. Mais l'oublier nous conduirait à faire taire sa parole et à redoubler son sentiment d'incompréhension et d'incommunicabilité.
Nous sommes persuadés qu'il n'y a pas d'amélioration symptomatique durable sans une prise de parole du sujet en son nom propre ou une évolution des relations qu'il entretient avec ses proches. Toute amélioration qui ne s'accompagnerait pas d'une nouvelle mise en jeu

de son désir ou d'une redéfinition des règles familiales ne serait qu'adéquation servile à la demande de la famille et des soignants, et, à ce titre, vouée à l'échec.

Même si la gravité et l'aspect spectaculaire des symptômes nous poussent à vouloir y remédier au plus tôt et à tout prix, il faut pouvoir suspendre cette rage de soigner et prendre du temps pour qu'un sens puisse se faire entendre. Mais pour autant tout déni de la gravité réelle de la situation est une forme de surdité qui peut contribuer à la perpétuer ou à l'aggraver.

La deuxième difficulté dans la prise en charge des patients anorexiques et toxicomanes concerne la place attribuée à la famille au moment des hospitalisations qu'on ne peut pas toujours éviter ou des cures de désintoxication. L'aveu fait à des tiers par les parents de leur échec éducatif et de leur impuissance à maintenir le problème dans les limites familiales constitue une blessure narcissique majeure, mobilise la culpabilité et fait naître une menace de dépression. Plus dans l'anorexie que dans la toxicomanie, l'hospitalisation de leur enfant est pour les parents une remise en cause de leur rôle comme de leur qualité de bons parents. Ils se trouvent, de plus, face à un médecin qui, d'une certaine façon, prétend faire mieux qu'eux et réussir là où ils ont échoué. A son insu, le soignant risque de se mettre en position symétrique vis-à-vis de la famille.

Mais la demande de soins des parents est toujours ambiguë et peut se résumer par «rendez-la-nous comme avant», avant l'aspiration à l'autonomie, avant l'apparition des conflits. Et on peut imaginer leur déception quand le médecin leur rend leur fille, certes plus ou moins débarrassée de ses troubles du comportement alimentaire, mais osant manifester ouvertement son opposition.

Le symptôme est dans ce cas utilisé exactement dans la fonction qui est la sienne: éviter les conflits tout en montrant l'opposition d'atteindre un but sans en assumer le désir. Pour certains systémiciens, l'hospitalisation est demandée pour un patient anorexique quand le groupe familial est au sommet de sa crise et que les patterns de communication ne suffisent plus à maintenir un équilibre sans changement. C'est comme si la demande d'hospitalisation pouvait être considérée comme un armistice dans le jeu relationnel qui permettrait à chacun des protagonistes de ce drame de retrouver et son calme et ses forces pour reprendre le scénario répétitif.
Ainsi le médecin et l'institution risquent d'être utilisés pour obtenir ce non-changement. En fait, la famille en crise a besoin de se diriger momentanément vers une panne.

C'est pourquoi il est nécessaire de l'associer de près à l'hospitalisation mais en veillant à ne pas faire retomber la crise si propice au changement. Car elle peut tout naturellement s'éteindre quand le groupe familial sait par information contextuelle (une institution soignante est faite pour soigner) qu'il va être paré au plus pressé.

Il est vrai que les familles et les patients ont tendance à exporter leurs problèmes et que les équipes thérapeutiques risquent, si elles ne prennent pas garde, de fonctionner comme les familles qu'elles ont en face d'elles. Mais, dans ces conditions, elles ne peuvent plus être en mesure de bloquer les dysfonctionnements de systèmes en crise. La crise est dans l'équipe thérapeutique qui ne peut pas, momentanément, poursuivre son but.

Bernard Prieur

■

Tentative de suicide et situation d'urgence

L'adolescent qui tente de se suicider fait partager aux institutions, aux thérapeutes familiaux et à sa propre famille, une situation d'urgence, reflet de son propre «passage à l'acte». Comment mettre fin à ce «jeu avec la mort», sans multiplier les symptômes ? Quelles mesures concrètes prendre, dans un premier temps ? Le rôle des thérapeutes familiaux est d'abord de saisir ce moment de crise pour mobiliser la famille, tout en respectant son rythme et sa capacité à entamer un travail thérapeutique - et de circonscrire la signification du symptôme, avec l'adolescent, conditions indispensables pour provoquer une dynamique résolutive.

L'angoisse devant le risque vital et l'éventualité d'une irréversibilité, la mise en questions, en échec engendrée par le défi à la mort renvoient immédiatement à la notion d'urgence.
Urgence pour qui ?
L'adolescent, son entourage, le psychiatre de médecine d'urgence ?
Et qu'en est-il de celle des thérapeutes familiaux systémiciens ? Comment se situer et intervenir à partir de la tentative de suicide d'un adolescent ?

Le médecin psychiatre consultant (*) au service de médecine d'urgence rencontre chaque jour toutes les personnes hospitalisées à la suite d'une tentative de suicide, et reçoit leur famille, surtout si les patients sont mineurs, avant d'autoriser leur sortie. Concrètement, lorsque le patient est adolescent, le médecin, à la fin de son entretien avec les parents (l'adolescent y est convié), leur remet une lettre demandant une évaluation, avec sa famille, des difficultés de l'adolescent, au même titre qu'il pourrait demander par exemple un bilan sanguin complémentaire. Il téléphone au secrétariat de la consultation familiale qui fixe un rendez-vous, lequel est noté au bas de cette lettre. Dans le même temps, il nous transmet le dossier médical qu'il a ouvert à l'occasion de son intervention au service d'urgence. Il adresse un compte-rendu d'hospitalisation au médecin traitant, l'informant de la proposition d'un rendez-vous de consultation familiale.

Notre consultation, équipée de matériel vidéo et glace sans tain est située aussi à l'Hôpital Général, à quelques dizaines de mètres du service d'urgence, dans les locaux de consultations externes du service de psychiatrie (Professeur André Murin). Nous consultons trois demi-journées par semaine, ce qui ne permet que très rarement de recevoir les familles pendant l'hospitalisation de l'adolescent (qui ne dure souvent qu'une journée ou deux, après le lavage gastrique).
Quelles urgences sont à prendre en considération ?

Urgence pour l'adolescent qui a tiré cette sonnette d'alarme en pensant que dans sa famille, il était «plus facile d'agir que de dire»... : il est important d'une part d'en reconnaître la gravité afin d'éviter que la tentative de suicide devienne un signal privilégié réutilisable, voire conduise à une escalade de symptômes, et d'autre part de relever le paradoxe de ce «jeu avec la mort» qui peut être aussi une lutte pour la vie.
La situation d'urgence est aussi vécue par les autres membres de la famille qui se sentent soit responsables, culpabilisés : «nous n'aurions jamais cru qu'il pourrait en arriver là ; qu'avons nous manqué ?»,soit victimes : «elle nous en a toujours fait voir... elle est malade...». Même l'entourage extra-familial du «patient désigné», voire le médecin, s'inscrit souvent dans cette causalité linéaire : famille victime ou responsable, et prend parti. Nous essayons d'éviter ce faux dilemme, d'une part en «positivant» la famille, d'autre part en disant notre inquiétude face à une nouvelle tentative de suicide toujours possible.
Il est urgent, pour le psychiatre, d'une part de donner une réponse au service d'urgence qui a besoin de lits disponibles. Que faire de ce jeune? Doit-on le laisser sortir ? Dans quelles conditions ? Pour éviter tout risque de récidive, doit-on le muter dans un autre service ?
Il faut d'autre part éviter l'escalade des symptômes et la psychiatrisation de l'adolescent ; comme l'écrit C.Grillet («L'acte suicidaire comme expression d'une agression impossible») : «En cas de tentative de suicide... les soins pratiqués (dans les services d'urgence) tendent à l'annulation de l'acte posé par le patient ; le somaticien serait tout à fait favorable à un transfert rapide en milieu psychiatrique, dépossédant le sujet de son acte au nom de la folie»(...) «Ce choix des benzodiazépines, réductrices de l'agressivité et des conflits, nous a fait penser que certaines tentatives de suicide survenaient dans le cadre d'une agression impossible, d'un conflit ingérable...»
Enfin, l'urgence intervient lorsqu'il s'agit de proposer une suite qui puisse prendre en compte à la fois le désir d'autonomisation d'un adolescent qui n'a pas encore les moyens de le réaliser, et celui de sa famille qui n'est pas prête à le laisser partir. La consultation familiale est, rappelons-le, présentée comme un examen complémentaire avec la famille. Ce n'est donc pas le médecin qui pose l'indication d'une thérapie familiale : il s'agit dans la première séance d'une évaluation. Nous avons conscience de la chance que nous avons de travailler avec un psychiatre aussi respectueux, y compris dans l'urgence, de notre outil de travail.
L'urgence est aussi pour les thérapeutes familiaux qui doivent utiliser la tentative de suicide en tant que moment privilégié mobilisateur de la famille.
La tentative de suicide est comme un caillou jeté dans l'eau : cela provoque des ondes en cercles concentriques qui rapidement disparaissent. C'est donc un moment court, privilégié où la famille est déstabilisée, davantage mobilisable.
Au départ, la famille n'a pas de demande mais un problème. C'est une «famille en

* *Dr. C.Grillet, assistant de Santé Publique.*

panne» (P.Caillé : «L'intervenant, le système et la crise») qui nous est adressée. Elle vient avec l'idée qu'il y a crise parce qu'il y a eu tentative de suicide ; or nous pensons que c'est la crise du système qui a engendré la tentative de suicide. Le système se présentant trop figé, il n'y a plus de mouvements de vie suffisants, et le seul moyen trouvé est que l'un de ses membres «casse» et c'est la panne. Pour un temps, et grâce au symptôme «tentative de suicide», il se maintient ainsi dans un équilibre entre plusieurs tendances contradictoires, mais à quel prix ! En fait, ce qui se joue, c'est le risque d'un changement des règles de fonctionnement du système relationnel (de distance, d'individuation, d'autonomie, de loyauté...).

La première séance à laquelle vient «qui peut» est utilisée à redéfinir le problème. La demande de thérapie s'élabore en deux ou trois séances. D'un côté, elle n'est pas déclarée commencée, d'un autre côté elle est commencée, en ce sens que l'évaluation fait déjà partie du travail.

Nous travaillons de façon métaphorique les relations de dépendance, d'indépendance, et recherchons la fonction de la tentative de suicide. Dans cette famille, à quoi sert la tentative de suicide ? Par exemple : après le départ de son frère Pierre, chez la grand-mère maternelle, les parents de Sylvie sont en deuil, les repas sont devenus silencieux, plus personne n'est invité. Tentative de suicide pour mettre de la vie dans une famille qui se fige, qui se meurt. Les parents d'Isabelle sont divorcés depuis plusieurs années, la mère se remarie, naissent deux jumeaux, puis nouveau divorce.

Isabelle se retrouve seule avec sa mère. Elles se ressemblent tellement, elles font tout ensemble, tentative de suicide pour appeler le père à trianguler cette relation devenue dangereuse. Pour Gérard, grandir c'est laisser sa mère seule, déprimée, face à d'importants problèmes conjugaux. Il est dans une impasse. Tentative de suicide pour tenter d'en trouver la sortie, etc. etc. Autant de familles, autant de tentatives de suicide, autant de problèmes différents.

Une fois, le problème dénominateur commun à chacun redéfini, une thérapie peut s'engager ou pas. Si nous considérons la racine latine «urgere» (pousser), alors nous pouvons dire que parfois il peut être thérapeutique de ne rien engager.

De notre expérience actuelle se dégage cette constante :

- soit au cours des deux premières séances, avec la famille, nous pouvons redéfinir le problème à la fois en maintenant le dynamisme
créé par la tentative de suicide, et sans



menacer la famille, alors s'engage un processus thérapeutique majoritairement court (6 à 8 séances) ;
- soit nous allons trop vite, nous avons mal évalué les résistances de la famille, elle se sent menacée et ne revient pas ;
- soit nous nous enlisons dans l'homéostasie, nous n'avons pas été assez percutants, les ondes en cercles concentriques disparaissent, nous avons perdu le dynamisme créé par la tentative de suicide et la famille ne revient pas.

Et que tout l'art consiste peut-être en la maxime de Monsieur de La Fontaine : «Rien ne sert de courir, il faut partir à point»

Nous pensons que la priorité consiste à «entrer» dans la famille, à ce moment privilégié, fécond de son histoire (qui l'a amenée à s'ouvrir à l'intervenant, à venir consulter), lui permettre qu'elle nous permette de lui renvoyer une autre image d'elle même, utilisable, mobilisable dans une dynamique de crise en mouvement, afin que chacun apprenne à gérer sa propre évolution.

■ **Marguerite Friboulet - Edith Nicot**

Famille.........................

Un membre de votre famille .... vient d'être hospitalisé à la suite d'une tentative de suicide.
Chacun est bien désemparé et voudrait faire le maximum pour l'aider. Nous vous proposons un bilan complémentaire des examens déjà faits.
Nous souhaitons réunir autour de la personne souffrante tous ceux qui la connaissent bien et qui sont donc les mieux placés pour trouver avec nous comment l'aider, en premier lieu ses parents ou son conjoint, ses frères et soeurs, ceux qui habitent avec elle.
Cet entretien familial aura lieu le .... à .... heures .... à la consultation familiale située dans les consultations externes de psychiatrie de l'Hôpital Général.
Veuillez agréer l'expression de nos sentiments dévoués.

- Le psychiatre consultant -

Dépression de l'adolescent : quelle stratégie thérapeutique ?

Comment les thérapeutes familiaux systémiciens abordent-ils un adolescent de dix-neuf ans dépressif ? A défaut de «réparer» le patient, ne faudrait-il pas intervenir sur la famille, considérée pathogène ? Démarquer rigoureusement l'espace familial, élucider le mythe familial en travaillant la prescription d'alternatives peut permettre à l'équipe thérapeutique de faire émerger l'adolescent de sa dépression. Et de reconnaître son désir d'émancipation dans une famille décidément trop «soucieuse» de son harmonie...

I - Introduction
Deux définitions d'un même problème de dépression.

Lorsque Edouard, 19 ans, arrive à la Clinique Universitaire après deux hospitalisations dans une autre ville, sa feuille d'admission mentionne «état dépressif atypique, à séparer du milieu pathogène».
Cette conception du problème d'Edouard est parfaitement conforme à notre actuel contexte culturel, encore très marqué par la pensée cartésienne et le modèle bio-médical, mais qui commence à subir les nouvelles influences socio-écologiques. Cela se traduit par le fait que l'environnement est pris en considération, mais dans une relation qui reste linéaire, ici, la famille prend seulement le rôle habituel du microbe ou du virus responsable de la «maladie». Cette représentation du trouble mental induit toute une série de démarches qui visent à éliminer l'agent nocif et à restaurer la machine défaillante, d'où hospitalisation (séparation) en même temps que prescription de médicaments et indication de différentes psychothérapies.
Paradoxalement, la mention «à séparer du milieu familial pathogène» conduit à l'idée d'une thérapie familiale... A défaut de réparer le «patient», ce qui jusqu'ici a échoué, on pourrait essayer de réparer la «famille». Cependant pour l'équipe systémique à laquelle est transmis le dossier, et d'un point de vue holistique, ce désordre d'Edouard (la dépression) apparaît plutôt comme un défi et une réponse à un malaise relationnel plus général. Il indique une incapacité à évoluer, à intégrer une expérience, mais il reflète aussi une tentative pour concilier les tendances opposées de son environnement.
Le passage à ce niveau de compréhension et d'action constitue l'objet de ce texte.

II - En toile de fond
Pour commencer cette histoire, nous en situerons arbitrairement le début peu avant la deuxième guerre mondiale.
Quant au lieu, une de ces vastes demeures qui inspirent au visiteur un sentiment d'harmonie et de respectabilité... La maison abritait non seulement les parents et leurs six enfants, mais aussi les deux grand-mères demeurées veuves.
Le père exerçait, comme son père avant lui, la profession d'architecte. Plutôt que de se rallier à l'image classique d'une famille bourgeoise traditionnelle que leur conférait leur train de vie, la famille - que nous appellerons les Mirmande - se présentait comme une lignée d'artistes.
Comme argument à cette définition, on pouvait tout d'abord avancer le choix du métier : de père en fils, d'oncle à neveu, jusqu'aux cousins éloignés, les membres de la famille, surtout les hommes (les femmes travaillent encore peu à cette époque) s'orientaient vers les arts graphiques : dessins, gravure, décoration, architecture, etc. Mais il y avait plus, il y avait la musique. La musique concernait tous et chacun. Dès le plus jeune âge, les enfants apprenaient à jouer d'un instrument et lors des grandes réunions familiales, grands et petits formaient un orchestre et se donnaient un concert. La musique constituait donc un centre d'intérêt commun majeur, mais elle était surtout un mode de communication privilégié, ou plus précisément un mode de communion. Elle représentait quelque chose comme une part, une marque de leur identité.
Brusquement, deux ans avant la déclaration de guerre, cette mélodie fut assourdie. Une série d'événements dramatiques s'abattit sur la maisonnée.
Tout d'abord, la mère décéda des complications d'une maladie rénale et, le jour même de son enterrement sa propre mère, terrassée de chagrin, rendait l'âme à son tour. Puis ce fut le chaos de la guerre. A la fin des hostilités et au moment même où chacun commençait à reprendre souffle et espoir, le père succomba d'une crise cardiaque. Il ne restait, dans la grande demeure d'Ile de France, que six orphelins et une grand-mère fort âgée.
Alors vint s'installer auprès d'eux cet ami polonais, réfugié de guerre, qui, comme eux, était passionné de musique. Avec son aide, Paul, le fils aîné, prit les choses en main. Dès qu'il eut achevé ses études, il s'installa dans le bureau de son père et prit avec lui ses deux plus jeunes frères pour les guider et déjà les former à leur futur métier. La plus âgée des filles, dès l'adolescence, se chargea de la bonne marche de la maison et devait y consacrer sa vie. Mais Paul tenait par dessus tout à continuer la tradition musicale. Avec une de ses soeurs et ses deux frères, il forma un quatuor. Très vite le quatuor fut en mesure de donner des concerts de ville en ville, puis à l'étranger. Il montait allègrement les premières marches de la notoriété lorsque Charles, le plus jeune des fils Mirmande, rencontra Charlette... justement dans une chorale.
Charles et Charlette se marièrent et eurent à leur tour six enfants.

III - La version traditionnelle - Le dilemne d'Edouard
Edouard est le troisième de cette fratrie et celui que la nature paraît avoir le mieux doté sur le plan artistique. Il semble à tous désigné pour suivre les traces de son père. Comme Paul l'avait fait pour lui, Charles va veiller particulièrement aux études de ce fils. Tout se passe d'ailleurs bien jusqu'à la fin du cycle secondaire ; aucun événement marquant ne semble jalonner l'enfance et

l'adolescence d'Edouard. Il est décrit comme un enfant calme, discret, plutôt effacé, qui est apprécié pour sa réserve et son sens de l'humour. De plus, il donne toute satisfaction sur le plan scolaire.

Mais voilà qu'à l'âge de 17 ans, après avoir été reçu brillamment à plusieurs Ecoles d'Art de Paris, il abandonne tout à tour chacune d'elles. Il dit se juger incapable de suivre l'enseignement dispensé et ne pas être à la hauteur de ce qu'on lui demande. Il manifeste de moins en moins d'intérêt pour ce cursus artistique qui semblait tant le motiver . Ces échecs et abandons successifs plongent Edouard dans la dépression et, en 1980, il est hospitalisé pour la première fois.

Commence alors pour lui une longue période d'aboulie, d'indifférence et d'ambivalence marquée par des tentatives de reprise de ses études tout aussitôt abandonnées.

Un peu avant cette époque, le frère et la soeur aînés d'Edouard, âgés respectivement de 23 et 20 ans, avaient aussi renoncé à leur première orientation universitaire pour changer de voie. Bien que ces revirements se soient résolus de manière moins dramatique, ils avaient cependant déjà suscité inquiétude, remous et conflits au sein de la famille Mirmande par leurs revendications d'indépendance. Toutefois, ils s'étaient conformés à la coutume familiale en se soumettant au rite qui voulait que chaque adolescent, sur le point de quitter la maison, passe d'abord du niveau où vivait toute la famille au dernier étage dans une chambre qui servait auparavant à loger un domestique. Là, il devait rester quelque temps avant de s'envoler. Le changement d'étage représentait la première étape vers une indépendance codifiée. Edouard ne l'avait pas encore franchie lorsqu'il «tomba malade».

... Nous le rencontrons lors de sa troisième hospitalisation. Les différentes tentatives de traitement individuel ont échoué et il poursuit sa carrière de «patient désigné» dans un registre de plus en plus restreint.

Le thème dominant présenté pourrait se résumer à une variation autour de l'adage «tel père, tel fils». C'est du moins ainsi qu'à la première entrevue qui rassemble toute la famille Edouard, d'une voix à peine audible, va définir son dilemme :

«Mon problème, c'est d'être comme un cheveu sur la soupe, de n'être seulement qu'un second «Charles» (faisant allusion à son père). Je suis un incapable, ma vie est ratée... personne ne peut rien pour moi.» Il ajoute qu'il est content de voir ses parents, ses frères, ses soeurs et leur présence à cette réunion mais que leur participation à un éventuel traitement ne peut être d'aucune utilité.



Etude de personnage, Picasso, 1892-1893

"Réparer" la famille plutôt que l'adolescent.

IV - Une approche systémique opérationnelle : les alternatives

Dans l'histoire rapportée par les Mirmande, un élément pertinent semble l'effondrement de la structure familiale au moment de la guerre (décès de la mère, de la grand-mère, du père) suivi de la reconstitution d'une famille mythique (2), bien qu'en même temps tout à fait «réelle», avec l'apparition de l'ami polonais qui partage avec Paul les fonctions de chef de famille, Paul devient ainsi le père de ses frères tandis qu'une de ses soeurs devient «mère» de la famille.

Il s'agit donc d'une famille très solidaire mais qui manque de sous-groupes définis par une hiérarchie biologique nette. La hiérarchie seulement fonctionnelle renforce et privilégie les aspects consensuels, imbriqués, fusionnels du groupe.

Ces caractéristiques expliquent en partie les difficultés d'individualisation, par manque de connaissance concernant la résolution du conflit enfants-parents, et l'importance de la rigidité du modèle mythique : une famille orchestre où tous coopèrent au bien commun et exécutent strictement la partition.

Cet idéal se traduit inévitablement au plan phénoménologique par un jeu symétrique : tous doivent parvenir à diriger l'orchestre.. La compétition apparaît donc comme inéluctable et d'autant plus féroce qu'il n'y a pas d'autre ordre, l'ordre biologique d'une famille.

La solution ou l'autre face de l'alternative serait de se démarquer, de passer en position complémentaire. Mais alors, au niveau mythique ce serait l'anti-famille et même la «non-famille» car comme le remarque Lévi-Strauss (6) «Le choix n'est pas entre ce système et un autre, mais entre le système magique ou pas de système du tout, c'est-à-dire le désarroi».

Dans ce cadre de compréhension, qui est spécifique à cette famille et qui, volontairement, ne prend pas en compte le contexte culturel, le symptôme correspond à «ce non-choix».

Il est à la fois témoignage de loyauté à la première alternative et sa dénonciation.

Pour schématiser :

	ALTERNATIVE 1	ALTERNATIVE 2
Plan mythique	La famille «orchestre» Intégration harmonique	L' «anti-famille» La famille séparée sans organisation harmonique
	↓ ↑	↓ ↑
Plan phénoménologique	Comportement systémique tous essayent de passer de 2e violon à chef d'orchestre dans l'harmonie	Comportement complémentaire, choisir sa propre voie, se démarquer de la musique

→ / ← ↓

LE SYMPTOME

V - Le choix des interventions

a) Scission des rôles au sein de l'équipe thérapeutique et redéfinition du contexte.

Notre premier souci va être d'éviter le piège de la provocation et de l'enfermement que contient la définition donnée par Edouard et son problème. Aussi, après une seconde entrevue (qui va être, en fait, une réédition du premier entretien où tous se déclarent prêts à collaborer et où Edouard réaffirme que personne ne peut rien pour lui), l'équipe thérapeutique, composée de deux thérapeutes en séance et d'un thérapeute superviseur derrière le miroir unidirectionnel, décide de scinder (9) les rôles des intervenants. Le médecin, responsable du patient dans le service, est rendu explicitement à sa fonction de «soignant». Il est chargé de prendre soin d'Edouard, de veiller sur sa santé, éventuellement en prescrivant des médicaments, même si cela ne sert à rien... Il restera derrière la glace sans tain et peut intervenir mais doit quitter la salle de thérapie.
Cette scission des rôles permet une scission des contextes : «espace institutionnel - espace thérapeutique» et, par là-même, une double définition : - «définition culturelle/définition systémique» - du problème d'Edouard.
Le thérapeute resté en séance va d'ailleurs aussitôt amorcer le recadrage en déclarant que ce qui le préoccupe, lui, ce sont les répercussions de l'état d'Edouard sur l'équilibre familial. Pour l'instant, pas plus que les thérapeutes consultés avant lui, il ne peut faire grand chose pour aider Edouard, c'est pour cela qu'il le confie à son médecin. Par contre, Edouard en raison de sa sensibilité particulière, doit pouvoir l'aider à mieux comprendre cette anxiété qui circule dans la famille et pèse plus particulièrement sur la mère...
La scission de l'équipe thérapeutique, qui a entraîné la sortie du médecin, et cette proposition de se centrer sur l'inquiétude que provoque le problème plutôt que sur le problème lui-même, produisent un moment de flottement général, suivi de quelques réactions violentes assez vite apaisées. Finalement tous sont d'accord pour aborder les difficultés sous cet angle inattendu et le patient désigné se montre plutôt satisfait d'être promu «expert».

b) La quête d'information

Le 5 séances suivantes vont être consacrées à la prise d'information tant digitale qu'analogique à travers l'étude du génogramme (*) et de représentations sculptées des relations au sein de la famille. Ces rituels accomplis en séance vont non seulement faire apparaître la toile de fond du dilemme d'Edouard mais aussi inciter à l'émergence du pôle opposé de l'équilibre systémique : l'ordre mythique (cf. «Processus auto-référentiels de stabilité systémique» (1)). La métaphore du «négatif» de la photo de famille est tentante : en effet, les Mirmande, priés de faire sculpture de leur famille choisissent d'en présenter un tableau. faisant référence aux siècles précédents, il suggèrent que chacun d'entre eux devienne tour à tour le «portraitiste» d'une scène familiale où les personnages auront les expressions, attitudes et occupations qui leur sont les plus habituelles. Ainsi, la proposition d'une représentation dynamique des relations est subtilement transposée en un mode plus statique qui laisse transparaître le thème de «l'orchestre» et tend à gommer les différences possibles entre les diverses interprétations. Cette image, cependant, rend peu compte des aspects dynamiques et dialectiques qui viennent enrichir et organiser l'information. La notion d'un ordre stratifié où se trouvent impliqués des niveaux de complexité différente correspond davantage à une vision systémique.
La réalisation de ces tâches en séance présente un autre avantage, celui d'entraver les considérations qui ramènent à la définition culturelle et au patient désigné, permettant ainsi à la famille d'expérimenter un changement non normatif et en conséquence plus difficilement disqualifiable.

c) L'alternative contraignante

Sans qu'on en parle directement, l'état d'Edouard s'améliore par à-coups et saccades... Le comportement asthénique alterne avec des phases d'excitation. Puis il sort de la clinique et se met à chercher un stage de formation professionnelle, choix moins ambitieux que le précédent mais qui, dit-il, lui convient mieux. Il n'a plus envie d'étudier ; il veut tout de suite être confronté à une pratique.
Après deux mois de vacances, tous les membres de la famille Mirmande se retrouvent pour le 7e entretien. On apprend que les aînés sont partis chacun de leur côté et ont donné peu de nouvelles. Edouard a eu un sérieux accrochage avec un éventuel employeur et manifeste parfois des réactions violentes pour de petites contrariétés, mais dans l'ensemble rien de grave. Ils sont contents de se retrouver tous là et d'un commun accord annoncent que la situation s'est bien améliorée...
Le thérapeute, s'excusant de troubler une atmosphère aussi enjouée, interrompt la discussion générale pour faire part de sa perplexité. Les informations apportées par la famille au cours des séances précédentes sont alors formulées par lui sous forme d'une alternative contraignante :
J'aimerais pouvoir dire que les choses vont un peu mieux. Vous le ressentez ainsi, mais je reste inquiet. Et pourquoi ? Voici ! Tout ce qui a été apporté au cours des séances fait apparaître qu'il existe dans la famille Mirmande un besoin spécifique commun, profondément ressenti, de solidarité et d'harmonie. Cette aspiration commune, précieux héritage des générations précédentes, vous amène à une oscillation entre deux pôles :
- L'un d'entre eux vous est bien connu, c'est celui de l'accord des sons, de l'harmonie, de la compréhension sans mots. Il crée malheureusement, mais de façon toute naturelle, chez chacun, la peur de la dépendance, d'abuser de cette belle solidarité, de cette communion, de cette transparence.
- Le remède semble facile, c'est le retrait du groupe, la prise de distance. Ce pôle de l'autonomie semble, et est, accessible sans entraves. Vous êtes respectueux du besoin de chacun. Mais que de souffrances ! Quand on ne peut ni demeurer, ni partir, reste seule permise l'oscillation, l'alternance.
Au cours de cette thérapie et à travers le problème de l'un d'entre vous, nous venons de la vivre pleinement, cette alternance. D'un côté, le vécu de la solidarité, de la cohésion générale à l'occasion de la dépression d'Edouard... Cette souffrance a ranimé, magnifié, la soif de communion, de transparence familiale. En contre-partie, sont apparus des besoins de sortie, d'individuation qui se sont manifestés chez Edouard, comme déjà précédemment, par un besoin de se démarquer, de s'affirmer différent des autres. Mais par le caractère dysharmonique qu'il apporte à ces «sorties», il confirme le besoin du respect de l'autre pôle, celui de la cohésion et de l'harmonie. C'est important, d'autant que l'on pourrait craindre que quelqu'un ne se laisse vraiment prendre au jeu et vous mette tous en danger...
Le silence d'abord total est de plus en plus entrecoupé de soupirs d'impatience, d'exclamations, tous veulent la parole :
- «Il y a peut-être d'autres solutions : le rapport est différent, maintenant, avec mon fils aîné et puis Edouard...» commence le père très pensif.
- «Edouard, à propos, il s'est installé dans la chambre du haut ! s'exclame victorieusement une soeur.
- «Il faut peut-être qu'il y ait toujours un problème, ça aide à vivre» déclare le

frère aîné complètement détendu et les jambes dépliées jusqu'au milieu de la pièce.
- «Moi, maintenant, la seule chose qui m'inquiète, c'est que vous, vous restiez pessimiste» conclut la mère mi-souriante, mi-crispée.

Un an plus tard, lors de la prise de contact de contrôle, on apprend qu'il n'y a pas eu de rechute, qu'Edouard poursuit sans accroc sa formation professionnelle et qu'il n'y a pas eu d'autres graves problèmes dans la famille. D'ailleurs, personne ne se souvient que cela ait été dramatique, tout juste une petite crise d'adolescence.

L'alternative contraignante qui fait suite à une quête d'information ritualisée au cours de laquelle va émerger la représentation d'un ordre stratifié des différents niveaux de la complexité relationnelle familiale, n'est pas tant une prescription de symptôme, bien qu'elle la contienne, qu'une prescription de la méta-fonction du malaise, c'est à dire de ce qui préside à l'organisation de toutes les fonctions.

C'est pourquoi ce type d'intervention bloque le système dans sa logique même et dévoile ce que la famille ne peut énoncer puisqu'il s'agit pour elle de sa «réalité» ambiante : le modèle mythique. Elle l'enrichit et en permet la symbolisation. Ainsi, la souffance est intégrée dans un ensemble où toute chose prend signification.

Par ce renforcement interne des fluctuations, le système est amené à un point critique de nucléation en même temps que se trouvent potentialisés ses mécanismes d'auto-transcendance (soutien de l'homéostasie et connotation positive). L'accès à un niveau plus large d'intégration devient alors possible : «... l'ancien est abandonné et le nouveau introduit ; les deux mesures interviennent en accord avec l'époque : ainsi, il n'en résulte pas de mal», Yi Ching (5).

Il est important de redire ici que le «méta-système d'intervention» constitué par la rencontre famille-thérapeute (4), pour être opérationnel, doit non seulement avoir un espace bien démarqué mais encore un temps rigoureusement structuré sinon l'information devient nulle et tout action perd sa pertinence.

Ce modèle d'analyse qui prend en compte les aspects dialectiques de l'équilibre systémique présente l'intérêt de mettre aussi l'accent sur les oscillations, les rythmes, les alternances plutôt que de considérer seulement la structure. En effet, la stabilité des organismes vivants et des systèmes auto-organisés est essentiellement dynamique et se caractérise par des variations multiples, continues, interdépendantes, aléatoires et non aléatoires. La possibilité du changement structurel d'un système s'effectue grâce à ces fluctuations par le jeu des déséquilibres et des retours à l'équilibre, selon des phases qui sont toujours temporaires.

Dans une époque en pleine mutation comme la nôtre, le choix est possible entre plusieurs modèles et, par conséquent, entre différentes formes d'action. Nous pouvons appeler «définition culturelle» celle qui nous paraît encore la plus communément répandue. Elle repose sur la nosographie psychiatrique classique, conduit au diagnostic et s'inscrit dans une formule binaire «malade/sain». Ce mode d'approche a permis l'étude approfondie de l'individu et des phénomènes intrapsychiques. Le passage à une perspective holistique permet d'appréhender le rôle, la fonction, en bref l'intégration de ces phénomènes dans l'ensemble du jeu relationnel familial.

«La pensée systémique est une pensée processus» dit Capra (5)...» ; «il en découle qu'il devient souvent impossible de tracer une ligne précise entre santé et maladie». Mais même si on abandonne une formule qui fige et transforme une phase en un état, la souffrance demeure et interpelle.

Selon une optique systémique la question devient alors : comment aider à modifier le contexte pour que cette souffrance n'ait plus de raison d'être ? La contrainte par l'alternative, en favorisant la synchronisation des aspects verticaux ou diachroniques et des aspects horizontaux ou synchroniques du fonctionnement familial permet l'installation d'un nouvel «ordre».

Yveline Rey
Philippe Caillé
Pierre Burillé

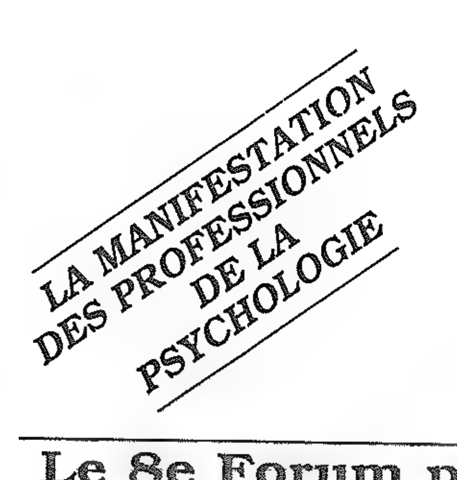
■

(*) *Génogramme : moyen graphique qui permet de repérer et de structurer toutes les informations relatives aux aspects transgénérationnels des familles.*

Bibliographie

1. Caille (P.), Processus autoréférentiele et stabilité systémique, communication présentée le 15 décembre 1981 à la Journée «Psychanalyse et Thérapie familiale systémique» à Paris.
2. Caille (P.), De l'intervention thérapeutique et des prémisses d'un changement réel dans la relation humaine, *Etudes psychothérapeutiques* 43.1: 7-16.1981.
5. Capra (F.), *Le temps du changement*, Trad. fran. éd. Rocher, Monaco, 1983.
6. Lévi-Strauss (C.), *Anthropologie structurale*, éd. Plon, Paris, 1974.
7. Lévi-Strauss (C.), *Le regard éloigné*, éd. Plon, Paris, 1983.
8. Pearce, (W.B.), Cronen (V.E), Communication, Action et meaning, *The creation of Social Realities*, Praeger-Pub, New York, 1980.
9. Rey (Y.), Martinez (J.P.), Burillé (P.), Traitement de famille en Institution : le contre-paradoxe scindé, in *La Thérapie familiale Telle Quelle*, éd. E.S.F., Paris, 1983.
10. Rey (Y.) , Système institutionnel, système thérapeutique, *Thérapie Familiale*, Vol.IV, n°2, 171-177, 1983.
11. Watzlawick (P.), *Le langage du changement*, éd. Le Seuil, Paris, 1980.

Cet article a déjà été publié dans la revue *Thérapie familiale*, Genève, 1984, vol. V, n°4, pp. 329.339.



• ***Pour les étudiants, les chercheurs,*** *une occasion d'information, de diffusion des travaux et d'ouverture professionnelle.*

• ***Pour les psychologues, les professions associées,*** *une opportunité d'échange, d'approfondissement technique et conceptuel.*

• *En 1990, un thème essentiel et transversal à toutes les approches psychologiques.*

Le 8e Forum professionnel des psychologues
Chaque année, un événement !

AUTONOMIE
Construction et limites

Déterminer soi-même la loi à laquelle on se soumet, tel est le processus d'autonomie qui pose la question de ses modes de construction, et de ses limites.

De l'étayage parental aux diverses prises en charge éducatives, l'enfant est accompagné tout au long de son individuation. Quels sont les mécanismes, les expériences qui permettent au sujet de construire son autonomie?

Les méthodes pédagogiques «d'auto-gouvernement», d'apprentissage progressif, peuvent-elles offrir des modèles de réussite scolaire?

Parfois le handicap, la marginalité sociale, les souffrances psychiques, nécessitent une autre dépendance. Comment les institutions peuvent-elles les accueillir tout en facilitant l'autonomisation?

Le cadre psychothérapeutique implique une interrogation sur le lien noué et la capacité du sujet à dépasser la dépendance. Le psychologue lui-même n'est-il pas confronté à son souhait d'autonomie et de responsabilité qui se heurte notamment aux limites institutionnelles?

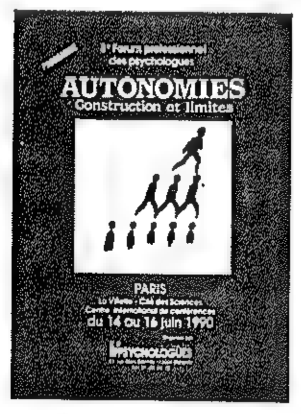
Dans les organisations, la vie sociale des espaces d'auto-organisation, la prise de responsabilité peuvent-elles améliorer la qualité de vie au travail?

Dès que les sujets ou les groupes élaborent leurs projets, ils entreprennent des démarches autonomes qui impliquent la prise de risque et la confrontation aux limites. Autonomies à reconstruire sans cesse... dans l'interdépendance?

Pour la première fois dans le cadre prestigieux de la Cité des Sciences - Paris - La Villette

Demandez le programme...

La liste complète des ateliers, des intervenants et l'affiche sont disponibles en téléphonant au 91.49.24.23 ou en écrivant au Journal des Psychologues.



BULLETIN DE PARTICIPATION *(à découper ou à photocopier)*

Par chèque à l'ordre du :
«Journal des Psychologues»
61, rue Marx-Dormoy - 13004 Marseille

☐ Je demande une convention simplifiée de formation continue

☐ Je demande un formulaire de congrès S.N.C.F. (réduction 20%)

☐ Je demande un fichet de réservation Air-Inter (réduction 35%)

Remboursement prévu en cas d'annulation : 50 %, trois mois avant la manifestation

Frais de participation	
Inscription individuelle	1000 F
Formation permanente	1300 F
Etudiant (sur justificatif)	750 F

Nom, prénom ______

Adresse ______

Code postal ______ Ville ______

Profession

Secteur d'activité ______

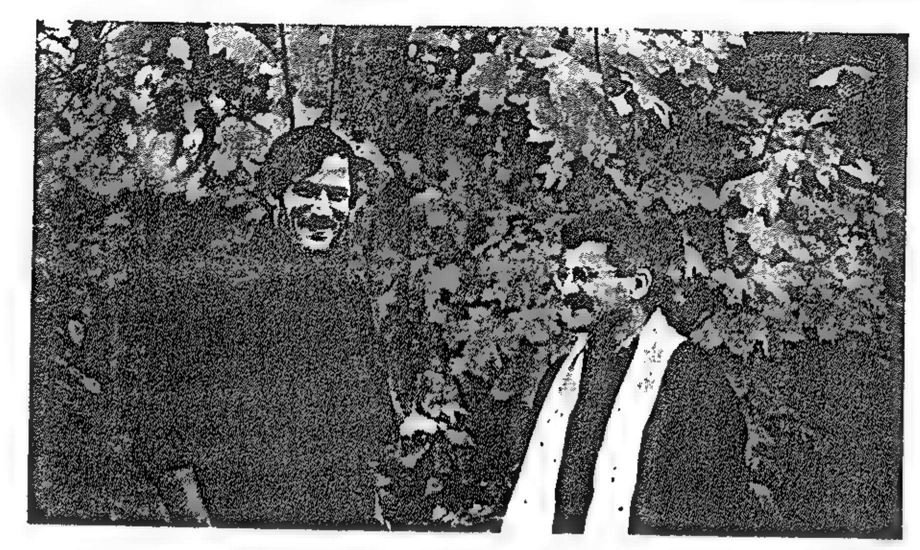
☐ Je participerai au 8e Forum professionnel des psychologues à Paris du 14 au 16 juin 1990

☐ Les frais de participation seront pris en charge par ______ (préciser le nom de l'établissement)

☐ Je verse la somme de ______

David LE BRETON

L'image du corps dans la société moderne



David Le Breton (à gauche) en compagnie de Philippe Grosbois

David Le Breton est maître de conférences à l'U.F.R. de psychologie de l'université de Strasbourg II. Docteur d'état en sociologie et également psychologue de formation, il est l'auteur de nombreuses études dans le domaine de l'anthropologie du corps.

Comment le corps est-il vécu et investi par chacun d'entre nous ? L'organisation sociale et culturelle des différentes sociétés reflète les représentations, plus ou moins conscientes, dont le corps a fait l'objet.

Dans les sociétés communautaires, le corps relie l'homme au cosmos. En Occident, dès le XVIIe siècle, des représentations spécifiques ont surgi, assimilant le corps à une machine, comme en témoigne le modèle cartésien. Le XXe siècle redécouvre avec une certaine stupéfaction le corps, derrière l'homme : les médecines douces et l'avancée des conceptions psychosomatiques - qui récusent l'héritage classique corps/esprit- en fournissent la preuve.

L'anthropologie contribue à élucider l'imaginaire social : analyser le corps renseigne sur la façon dont se construit dans une société donnée, «le processus d'individuation», soutenu par la dimension corporelle. Bien qu'insaisissable, le corps constitue une limite matérielle pour l'homme et l'individualisme n'a pu naître qu'à une époque qui privilégiait le corps.

Mais quelle idéologie du corps traverse notre siècle ? Longtemps comparé à la machine, objet de rectifications techniques diverses, le corps est à présent vénéré et engendre parfois un véritable culte. Mais la peur de la mort provoque des fantasmes de maîtrise : comment préserver l'apparence de ce corps ? Une réflexion sur le corps peut rendre compte du soubassement sensoriel de notre organisme et de sa traduction symbolique, car nous sommes, à tous égards, des «êtres de sens» ...

Journal des Psychologues : Vous êtes sociologue, mais vous avez la particularité d'avoir aussi une formation de psychologue. Vous avez déjà publié un premier essai sur le corps. (*) Votre deuxième essai, vient de paraître (**). Comment situer votre démarche ?

David Le Breton : Oui, j'ai une double formation. Mais le versant socio-anthropologique est poussé plus loin à travers ma thèse de 3e cycle et ma thèse d'Etat qui portait d'ailleurs sur l'anthropologie du corps.

J'écris en sociologue... Mais la psychologie et ses acquis sont loin d'être absents de mon travail. Et puis, je collabore souvent avec des psychologues, vous êtes bien placé pour le savoir. J'ai d'ailleurs publié des articles à plusieurs reprises dans le Journal des Psychologues (1). Il n'y a pas, chez moi, de défense de territoire. Je suis curieux de tout. Tout ce que j'écris naît d'abord de questions, de malaises, que j'éprouve dans ma vie personnelle et qui suscite la réplique de la réflexion et de l'écriture. Je me sens impliqué dans mon époque, j'ai envie d'y participer de façon pleine. La dimension existentielle de mon travail a souvent été perçue par des lecteurs. J'écris pour contribuer à changer les choses, c'est clair. Mais je le fais en sociologue ou en anthropologue, sans prendre partie, en disant seulement ce que sont les choses, en essayant de dégager leur logique sociale, culturelle ou anthropologique. Pour moi, l'écriture est une éthique. Le regard éloigné de l'anthropologie sur les processus sociaux que nous traversons peut être le plus fécond dans sa saisie simultanée du global et du particulier.

(*) *«Corps et société : essai de sociologie et d'anthropologie du corps», édit. Klincksieck.*
(**) *«Anthropologie du corps et modernité». P.U.F.*
(1) *Cf. «Vers une anthropologie du corps», Journal des Psychologues, n°36, 1986. «De la différence au stigmate :le corps de l'autre, n°33, 1985 ; «L'homme en miroir : le corps alter ego», n°59, 1988 ; «Les «émigraines» : interculturalité et anxiété à l'hopital» (col. P. Bagros), n°73, 1989.*

J.D.P. : Qu'entendez-vous par modernité ?

D.L.B. : J'entends par là le monde contemporain, celui où nous sommes immergés, c'est-à-dire une société où les repères perdent tout enracinement, où les valeurs éclatent. Un monde de confusion relative et d'incertitude, où le sentiment de l'identité propre devient plus difficile à construire, où la psychologie et les procédures du travail social prennent la place de la symbolique sociale. La modernité marque un temps où l'étendue des choix qui se présentent à chaque acteur est considérable. Mais comme le disait Gide, rien n'est plus terrible qu'une liberté que ne guide pas un devoir. La modernité est le temps de la permanence du provisoire. Nous sommes devenus les «immigrés dans le temps», selon la belle image de Margaret Mead. J'essaie d'aborder la modernité à travers le «détour anthropologique» évoqué par Georges Balandier. Démarche qui prend en compte le dépaysement intérieur que nous connaissons dans nos sociétés confrontées à un permanent remaniement des repères de sens et de valeur. Une sorte d'exotisme glisse peu-à-peu dans nos sociétés et celles-ci, parfois, nous semblent un moment étrangères à nous-mêmes. Je mène ici mes analyses en confrontant la modernité à d'autres sociétés. Je crois que c'est la manière la plus juste de se voir, que de se regarder à travers le miroir déformant des autres sociétés.

J.D.P. : Pourquoi avoir choisi le corps comme analyseur pour saisir la modernité ?

D.L.B. : Je poursuis ici un travail de réflexion sur le corps dans une perspective anthropologique. Un premier jalon était constitué par «Corps et Sociétés». Ce livre était pour moi le lieu de la constitution d'une sorte de boîte à outils pour penser le corps avec méthode, avec rigueur. Mais mon intention était plus large, celle de contribuer ensuite à une anthropologie de la modernité en prenant le fil conducteur de la relation de l'acteur social à son corps et des représentations qui visent ce dernier, ses imaginaires aussi. Je crois à un certain engagement de l'anthropologie dans la tentative d'élucider au plus près les logiques sociales et culturelles qui traversent la modernité, dans la recherche d'une conscience élargie des significations que les acteurs mettent en oeuvre en les vivant. Je ne peux d'ailleurs imaginer une éthique qui ne s'alimenterait pas aux données de l'anthropologie. Le corps s'impose par ailleurs comme un formidable analyseur. A travers la relation au corps, on peut établir une sorte de repérage de l'individualisme dans nos sociétés depuis le «Quattrocento» italien. C'est Durkheim qui a montré que le corps est «facteur d'individuation», il retrouvait d'ailleurs là le principe d'individuation par la matière, cher à Thomas d'Aquin. Au plan concret, cela signifie qu'une structure sociale de type individualiste à partir de la fin de la Renaissance grossièrement, induit un souci de plus en plus obsédant du corps, parce que le corps fonctionne socialement comme borne frontière du sujet, signe matériel de sa présence. Il n'en va pas de même dans d'autres types de structurations sociales, où l'homme n'a d'existence qu'à travers son appartenance communautaire. Dans ces sociétés, les représentations de l'homme et de son corps se mêlent aux représentations de la nature, du cosmos, du sacré, etc.

Bien sûr, originellement, l'individualisme n'est pas une structure sociale massive et univoque, il touche d'abord électivement les couches sociales les plus privilégiées pour s'étendre ensuite au fil des siècles pratiquement à l'ensemble de la société. Le passage dans les années soixante-dix quatre-vingt à une autre étape de l'individualisme occidental (certains comme C. Lash, G. Lipovetski, R. Sennett, J. Baudrillard, avancent pour la nommer le terme de «narcissisme») se traduit logiquement par un souci de plus en plus obsessionnel du corps.

Quand les autres estompent leur influence, il reste à l'individu son propre corps, devenu partenaire, «alter ego» à cajoler, à entretenir, à explorer. La passion du corps propre vient remplacer la relation aux autres, ou plutôt la rendre moins essentielle.

L'autre devient plutôt un élément d'ambiance. Ainsi,dans nos sociétés le corps fonctionne comme interrupteur. Il marque matériellement la personne du sujet. Dans d'autres sociétés, fondées plutôt sur le «nous autres» que sur le «moi, personnellement je», des sociétés à structure communautaire et non plus individualiste, le corps, à l'inverse, est relieur. Il relie l'acteur aux autres, au monde, au sacré. Et lorsqu'on travaille sur les représentations culturelles du corps, on constate avec surprise que ces sociétés communautaires et traditionnelles ignorent (ou plutôt ignoraient, car elles disparaissent les unes après les autres) la coupure, pour nous banale, entre l'homme et son corps. Dans nos sociétés, le corps est lié à la séparation.

J.D.P. : En faisant un détour vers d'autres sociétés que les nôtres, notamment les sociétés traditionnelles, vous montrez que justement les représentations du corps sont innombrables, que la plupart du temps elles n'opposent pas l'homme à son corps. Cette opposition, selon vous, est une marque de la modernité ?

D.L.B.: Oui, le corps est une réalité insaisissable. D'ailleurs, en toute rigueur, le corps n'existe pas, c'est une notion abstraite. Ce qui existe, ce sont des hommes, des femmes (...) certes incarnés - nous ne sommes pas des anges pour faire l'économie de la chair - mais jamais des corps. Une représentation dualiste de l'homme (son corps d'un côté, lui de l'autre) préside à la plupart de nos formulations sur le corps. Un corps, ce n'est jamais seulement un corps, c'est toujours un homme ou une femme. Dans la médecine moderne les choses sont claires à cet égard, le savoir porte sur l'organisme, non sur l'homme. Pour montrer que dans d'autres sociétés, ou même encore pendant longtemps dans nos propres cultures populaires, le corps n'est pas l'objet d'une scission avec l'homme mais répond à une même définition que celle de l'homme, on peut évoquer la représentation particulière des Mélanésiens, dont Maurice Leenhardt a décrit autrefois le système de pensée et l'organisation sociale. Dans cette vision du monde, la chair, les organes de l'homme sont perçus à travers un modèle végétal. Les organes, par exemple, sont désignés du nom d'un fruit qui leur ressemble. L'homme est un microcosme qui reproduit l'univers à son échelle. Quand un enfant naît, on plante un arbre là où l'on enterre la placenta. L'enfant voit mûrir l'arbre en même temps qu'il grandit. Nous voilà bien loin de nos conceptions anatomiques et physiologiques, c'est-à-dire entendu au sens large, le savoir officiel, enseigné dans nos universités, sur le corps dans nos sociétés. Mais je reviens aux Canaques, à cette anecdote racontée par M. Leenhardt qui ouvre un abîme pour toute réflexion sur le corps. Il interroge un vieillard mélanésien et lui demande ce que la colonisation française a apporté à son peuple. Et le vieillard répond, à la grande surprise de l'ethnologue, «ce que vous nous avez apporté, c'est le corps».

J.D.P. : Cela évoque de nombreuses représentations du corps ou plutôt de l'homme, si l'on suit votre raisonnement, qui sont en effet très éloignées de la représentation biologique...

D.L.B. : Oui, pour montrer que le «corps» est une notion infiniment complexe, on peut aussi évoquer les traditions taoïstes, le yoga, les médecines asiatiques, l'acupuncture par exemple qui repose sur un modèle énergétique, sur l'idée de l'homme-microcosme qui réunit par ailleurs d'innombrables vi-



Deux femmes courant sur la plage, Picasso, 1922

sions du monde. Mais nos propres traditions populaires sont encore vivantes : le magnétisme, la radiesthésie, les panseurs de secret, les toucheux, l'astrologie savante ou populaire : ces traditions dessinent explicitement selon les unes, implicitement selon les autres, une vision de l'homme en tant qu'être incarné. Il y a aussi dans les croyances que nous connaissons bien, l'image de l'homme microcosme, par exemple, quand une femme au moment de ses règles n'ose pas descendre dans la cave pour chercher du lard ou du vin ou même quand elle se refuse à faire une mayonnaise ou battre les blancs d'oeuf en neige. L'idée que la perte provisoire de la fécondité de la femme peut altérer des processus naturels de fermentation, de mûrissement, de gestation. On est proche, ici, de la théorie des signatures que Paracelse a développée au début du XVIe siècle, mais dont on retrouve bien d'autres traces encore aujourd'hui dans nos traditions populaires, notamment dans la médecine des plantes. Croyances également aux lieux propices : sources qui guérissent de certains maux, pierres dressées dans les champs qui ont la réputation de rendre les femmes fertiles, sans parler des dolmens et des menhirs. Ou même des saints guérisseurs. Ce sont là des traditions populaires que nous pouvons encore observer, et qui mettent en relation l'homme et le cosmos, et non, comme on dit souvent, sur un mode dualiste, le corps et le cosmos.

J.D.P. : Vous montrez aussi que les deux sources de la représentation du corps la plus courante dans nos sociétés, le savoir bio-médical, qui divise l'homme et son corps, se trouvent entre le XVIe et le XVIIe siècle...

D.L.B. : Oui. Si l'on veut donner les moments symboliques d'un cheminement historique forcément plus confus, plus complexe aussi, on peut dire que de Vésale à Descartes se cristallisent les images force qui sont les matrices de la vision moderne du corps. Vésale publie en 1543 le «De humani corporis fabrica», premier ouvrage officiel portant sur une observation méthodique des corps humains à travers la dissection.

L'homme cesse d'être un univers reproduisant à son échelle le cosmos, il cesse d'être une créature sacrée et intouchable, car modelé de la main même de Dieu. Les premières dissections pratiquées de façon officielle par les anatomistes à des fins de formation et de connaissance témoignent d'un changement considérable dans l'histoire des sociétés occidentales, dans l'histoire des mentalités. Le corps humain cesse alors de s'épuiser tout entier dans la signification de la personne humaine. Le corps est isolé, l'homme qu'il incarnait est mis en apesanteur, dissocié. Le corps est envisagé isolément, étudié pour lui-même comme une réalité autonome, dans une sorte d'indifférence à l'homme auquel il prêtait son visage. Un dualisme naît alors, dont nous sommes les héritiers plus ou moins consentants, celui qui distingue couramment l'homme d'une part et son corps de l'autre. Dualisme dont la médecine occidentale ne s'est jamais défait, malgré les difficultés innombrables qu'il soulève, et les critiques contemporaines des usagers de plus en plus réticents à se voir traités surtout comme «machine corporelle». Le plus souvent, en effet, la médecine soigne la maladie, c'est-à-dire le corps, non un malade, c'est-à-dire l'homme dans sa singularité.

Il est vrai que les critiques de plus en plus vives des usagers et la montée, logique dans ce contexte, des médecines douces, bien plus centrées sur le malade en tant que sujet, et le regain de vitalité des médecines populaires, le changement aussi des mentalités qui amène les usagers à plus d'exigence, tout cela force la médecine au changement. Mais le dualisme médical nous a menés loin. Si l'on y réfléchit, tous les problèmes éthiques que doit affronter en ce moment la médecine sont liés au fait qu'elle n'a jamais envisagé structurellement l'homme concret dans ses soins, mais simplement son organisme : l'abandon des mourants, l'acharnement thérapeutique, les problèmes d'euthanasie, la vérité ou non au malade, le problème des comateux maintenus des mois ou des années artificiellement en vie et dont certains veulent d'ailleurs faire des viviers d'organes pour les transplantations, les

questions graves soulevées par les biotechnologies. Bien d'autres choses encore : la médecine découvre soudain avec stupeur l'homme dissimulé sous le corps. C'est l'irruption du refoulé sur la scène médicale. La protestation ultime de ce reste : l'homme, quand on ne s'occupe que de son organisme.

On connait la prise de distance ancienne de la psychanalyse à l'égard de cette vision rationnelle du corps : l'affirmation de l'unité du sujet posé comme indissociable de son corps, le jeu permanent du désir.

Plutôt que d'anatomo-physiologie, Freud, dès «les Etudes sur l'Hystérie», parle d'«anatomie fantastique», il avance la notion d'un corps tout entier libidinal. Mais de l'héritage dualiste que nous a légué la médecine, naît la difficulté actuelle de fonder une psychosomatique qui ne repose pas sur l'addition d'un psychisme à un organisme, c'est-à-dire d'un collage, une autre forme dualiste où se perd l'existentialité. La médecine moderne s'est constituée sur plusieurs siècles, la psychosomatique n'en est à cet égard qu'à ses débuts. Le champ du symbolique, par quoi seul quelque chose peut se construire, n'est d'ailleurs pas seulement le gisement privilégié de l'anthropologie, la psychologie, entendue au sens large, peut y mener. Marcel Mauss en parlait déjà dans le premier quart du siècle, en évoquant d'ailleurs les mêmes enjeux. Mais la psychologie doit être plus ambitieuse, ouverte à bien plus de curiosité, et les sciences sociales aussi. Il faudra un jour briser les cadres disciplinaires qui enferment la pensée, créer des sciences dialogiques, diagonales, aboutir enfin à un éloge de l'indiscipline et de la curiosité.

J.D.P. : Vous êtes très critique envers la médecine...

D.L.B. : Oui et non. Je ne veux évidemment pas dire que la médecine moderne est une erreur, elle a apporté considérablement de choses. Mais ce qu'elle a fait gagner à l'homme ne doit pas nous faire oublier ce qu'elle nous a fait perdre, surtout à cause de sa volonté d'emprise sur la société. On parle toujours de façon massive de ses succès, qu'on m'accorde de dire qu'elle n'est pas sans tâche... La médecine est un incroyable mélange du pire et du meilleur. J'ai rencontré des médecins merveilleux au cours de mon travail de formateur ou d'anthropologue dans les hôpitaux. Je connais aussi l'engagement personnel de nombreux généralistes, ou de médecins qui pratiquent avec passion des médecines encore mal acceptées (acupuncture, homéopathie, etc). C'est un univers passionnant. Mais ces médecins ne sont pas en désaccord avec les analyses que je propose, bien au contraire. La pratique médicale change sous nos yeux, de nombreux médecins cherchent à soigner l'homme en son entier, jamais le paysage qu'elle offre n'a été aussi contrasté.

J.D.P. : La notion de «corps-machine» est une autre source importante dans la vision moderne du corps...

D.L.B. : L'autre source du dualisme contemporain est un héritage de la philosophie mécaniste du XVIIe, illustrée notamment par l'oeuvre de René Descartes, c'est le thème du «corps-machine» qui connaît aujourd'hui une fortune considérable. Le dualisme médical et celui du corps-machine sont plus actifs que jamais. Je ne résiste pas à la tentation de citer encore Marguerite Yourcenar à ce sujet. Dans l'«Oeuvre au noir» elle raconte l'histoire d'un médecin du XVe - XVIe siècle qui ressemble comme un frère à Vésale, Zenon. Un moment du livre montre trois voyageurs en chemin, Zenon, un autre homme et son fils. Tous les trois médecins, également captivés par le mystère recélé par le corps humain. Il advient que le plus jeune meurt. Le soir même, dans l'auberge où ils se trouvaient réunis, ne pouvant résister à l'aubaine de ce corps disponible, offert sans réticence au scalpel, les deux hommes se penchent sur leur compagnon : «Dans la chambre imprégnée de vinaigre où nous disséquions ce mort qui n'était plus le fils ni l'ami mais seulement un bel exemple de la machine humaine». De même, la médecine ne soigne structurellement ni le fils ni l'ami, c'est-à-dire un homme singulier, inséparable de son histoire personnelle, de son enracinement social, relationnel ou culturel, mais «une machine du corps». Mais encore une fois, de nombreux médecins se reconnaissent de moins en moins dans ce modèle et cherchent d'autres modèles, d'autres visions de l'homme, une autre approche du malade.

...La médecine découvre soudain avec stupeur l'homme dissimulé sous le corps. C'est l'irruption du refoulé sur la scène médicale.

J.D.P. : Dans votre livre vous soulignez le fait qu'on ne compare pas la machine au corps mais le corps à la machine, toujours pour montrer la supériorité de la machine sur le corps.

D.L.B. : Pour la philosophie mécaniste, le corps est conçu comme une horloge ; une horloge bien imparfaite. L'assimilation mécanique du corps, qui laisse d'ailleurs de côté l'homme qu'il incarne, traduit dans la modernité la seule dignité qu'il soit possible de conférer au corps. «Quelle merveilleuse machine que le corps humain» : combien de fois n'avons nous pas entendu cette phrase qui se voudrait élogieuse !

On ne compte plus le nombre d'ouvrages ou de chapitres qui s'intitulent élogieusement : «la machine humaine», «la machine du corps», etc. On ne saurait mieux dire aujourd'hui son émerveillement que de comparer le corps à une machine. L'inverse est impensable. La dignité vient de la technique, pas du corps. Partout d'ailleurs les techniques visent à redresser le corps, à le rectifier, à corriger ce que la techno-science perçoit comme un brouillon.

J.D.P. : Et pourtant, il y a aujourd'hui un culte du corps, un extraordinaire marché de la forme, des apparences, de l'écoute de soi...

D.L.B. : Il faut d'abord constater que dans ces deux cas, le corps est dissocié de l'homme qu'il incarne et envisagé comme un en-soi. L'unité de l'homme est fragmentée. Je l'ai déjà dit, la version moderne du dualisme oppose l'homme à son corps, et non plus comme autrefois l'âme ou l'esprit à un corps. Mais la valeur attribuée au corps diffère dans les deux voies dont nous parlons. D'une part, la voie du soupçon, de la rectification : version moderne et laïcisée de l'ensomatose des gnostiques (2), le corps est implicitement destitué à cause de sa fragilité, de sa pesanteur, de son imperfection, de son manque de rationalité ou de fiabilité, etc.

Part maudite en quelque sorte que la technique et la science s'entendent heureusement à remodeler, à supprimer, à rendre plus performant grâce à quelques ajouts présentés comme des victoires formidables du progrès : les biotechnologies en sont l'exemple. Quand on parle, par exemple, de grossesse masculine après quelques manipulations médicales ou d'ectogenèse

(2) Gnosticisme : doctrine d'un ensemble de sectes hérétiques des trois premiers siècles, qui fondait le salut sur le rejet de la matière.

(maturation du foetus intégralement hors du corps de la femme), beaucoup parlent de «progrès technique fabuleux». La liste serait longue de cette volonté techno-scientifique de modifier le corps de l'homme. C'est le thème de l'homme bionique (3), du «cyborg» qui obsédait Philip K. Dick : l'imminence d'un monde ou l'on ne saura plus où commence l'homme enchevêtré dans les machines qui veillent sur lui, en lui. L'autre versant, comme une forme de résistance, en appelle au salut par le corps, à travers l'exaltation de son ressenti, le façonnement méticuleux de l'apparence, la recherche de la plus grande séduction possible, l'obsession de la forme, du bien être, le souci de rester jeune.
Quel est le point commun qui réunit quelque part ces deux formes de dualisme qui affectent une valeur inverse au corps : la peur de la mort, de la précarité, de «l'insoutenable légèreté de l'être» (M. Kundera) ? Un fantasme de maîtrise: sur soi, sur l'espèce humaine. Le corps devient une réalité surnuméraire, sur laquelle on projette mille fantasmes. Dans l'insaisissable du monde contemporain, il y a toujours le saisissable du corps. Lui seul ne se dérobe pas.

J.D.P. : «Anthropologie du corps et modernité», n'est pas seulement un livre sur les représentations du corps. Vous y parlez aussi de la sensorialité, de l'image du corps...
D.L.B.: J'ai essayé en effet d'établir une anthropologie du corps dans la modernité, avec l'ambition et la curiosité la plus grande. Le corps, ce n'est pas seulement une représentation sociale, mais je consacre plusieurs chapitres à identifier d'où viennent nos idées actuelles sur le corps. Simmel, autrefois, a écrit un article merveilleux sur la sociologie des sens. J'ai essayé d'en reprendre le mouvement et de repérer, aujourd'hui dans la modernité, ce qu'il en est de l'odorat, de la vue, du toucher, du goût et de l'ouïe, d'établir en quelque sorte le soubassement sensoriel de la vie quotidienne. Nous sommes à tous égards des êtres du sens : de la sensorialité et de la signification. Notre existence est faite d'une symbolisation permanente de la sensorialité qui nous traverse.

J.D.P. : Sur quoi travaillez-vous en ce moment ?
D.L.B. : Je viens de terminer un autre ouvrage, intitulé, pour l'instant, «Passions du risque : essai sur la société ordalique». Je suis frappé par la multitude des conduites de risque qui se rencontrent dans la modernité. Qu'elles soient valorisées, comme celles des «nouveaux aventuriers» ou qu'elles fassent problème comme celles, innombrables, qui touchent les adolescents (toxicomanies, tentatives de suicide, fugues, recherches de vertige, délinquances, etc.). Dans la société en crise de sens et de valeurs, il ne reste plus que l'affrontement à sa propre mort, pour savoir si vivre a encore une signification. Et cela dans un contexte social ou la sécurité devient une obsession. J'ai essayé de comprendre cela dans une perspective anthropologique. Pour le reste, mon travail en anthropologie et en sociologie du corps reste une permanence, le foyer de toutes mes recherches. Et je commence en ce moment une étude sur le visage.

Entretien recueilli par Philippe Grosbois.

(3) Bionique : science ayant pour objet l'étude de certains processus biologiques en vue d'appliquer des processus analogues à des fins militaires ou industrielles.

Dernières publications :
- Images du corps et sociétés, in René Bureau et Denyse de Saivre, *Apprentissage et culture : les manières d'apprendre* (colloque de Cerisy), Karthala, 1988
- Dualisme et renaissance : aux sources d'une représentation moderne du corps, *Diogène*, n° 142, 1988
- Dick (Ph.K), un contrebandier de la science-fiction, *Esprit*, n°10, 1988
- L'homme défiguré, essai sur la sacralité du visage, *Les temps Modernes*, n°510, 1989
- Anthropologie et connaissance, la réalité mise en abîme, *Cahiers de Sociologie économique et culturelle*, n° 11, 1989
- La représentation du corps, réflexions épistémologiques, in ARIC, *Socialisations et cultures*, Presses Universitaires du Mirail, 1989
- Soins à l'hôpital et différences culturelles, in Carmel Camilleri et Margalit Cohen-Emerique, *Chocs de cultures. Concepts et enjeux pratiques de l'interculturel*, l'Harmattan, 1989
- *Anthropologie du corps et modernité*, PUF, 1990.

Autres ouvrages :
- *La danse amazonienne*, Syros, 1982
- *Corps et sociétés. Essai de sociologie et d'anthropologie du corps*, Méridiens-Klincksieck, 1988 (2e tirage).

6e

ENTRETIENS DE LA PSYCHOLOGIE

Cité des Sciences - Paris - La Villette
15, 16 et 17 juin 1990
CONFERENCES - DEBATS
STANDS - EXPOSITION

Comment l'autonomie se construit-elle ? Quelles sont ses limites ? Pour l'enfant qui apprend à marcher, pour l'adolescent en quête de son identité, pour le partenaire du couple préservant son espace... l'autonomie apparaît comme un but, voire une exigence ! Dans l'activité professionnelle, l'attente de responsabilités, la prise de participation mobilisent les individus. Pour les jeunes, les étudiants, la quête de l'autonomie s'inscrit dans l'élaboration d'un projet d'insertion professionnelle.

Ouverte au public, la psychologie offre ses réponses, limitées mais essentielles, à celui qui souhaite mieux comprendre les déterminants de ses conduites, les implications de ses pratiques professionnelles ou de ses responsabilités parentales.

Lieux de parole et d'échanges, les conférences-débats, l'exposition, vous permettront de formuler vos interrogations, d'obtenir des informations, d'engager à court et à long terme une réflexion sur les modes d'accès à l'autonomie.

L'EXPOSITION

Forum du livre, des associations, des universités et des revues de sciences humaines.
Les premiers exposants :

- Lien social
- Éditions de l'homme
- FE.P. (Fédération des psychologues)
- I.C.H. (Institut français de culture humaine)
- Editions Empirika - Mire
- Editions Retz - Editions Eska
- Editions E.S.F.
- Editions E.A.P.
- Editions du C.P.A.
- Editions Dunod - Privat - Interéditions
- Editions Delval
- Editions Ellebore
- Ateliers de l'Art-Cru
- Gordon France
- Université Montpellier III (Laboratoire de psychologie sociale)
- Université de Toulouse-le-Mirail
- I.F.A.T. (Institut français d'analyse transactionelle)
- Stratégique
- Revue de somatothérapie
- I.S.O.P.E. (Institut supérieur d'orientation et de préparation à l'emploi)
- A.R.F.O.P. (Association pour la recherche et la formation en pédagogie).

OUVERTURE DE L'EXPOSITION 9H30
VENDREDI 15 JUIN - ENTREE LIBRE

BULLETIN DE PRÉINSCRIPTION AUX CONFÉRENCES

(A découper ou à photocopier)

Après avoir coché ci-dessous les cases des conférences (maximum 6 par jour), renvoyez ce bulletin au **Journal des Psychologues,** 61, rue Marx-Dormoy, 13004 Marseille.

Je m'inscris aux **Entretiens de la psychologie** et j'achète :

☐ 1 exemplaire du Journal des Psychologues (pour une journée) 35F.

☐ 2 exemplaires du Journal des Psychologues (pour deux journées) 60F.

Je joins un chèque de ....

Présentez-vous le jour dit à l'accueil où votre inscription aura été enregistrée (vous ne recevrez pas de confirmation par la poste).

☐ **Je souhaite obtenir des renseignements pour passer un bilan d'orientation et de préparation à l'emploi organisé par l'I.S.O.P.E.**

Nom, prénom : ____________

____

Adresse : ____________

____

____

Samedi 16 juin

☐ «La création du projet de vie à l'adolescence», Emile H. Riard
☐ «Réflexions sur les thérapies analytiques et corporelles», Joelle Jounot et Dominique Byramjee
☐ «Les sept degrés de l'autonomie», Vincent Lenhardt
☐ «Fragilité de l'identité masculine et autonomie», Guy Corneau
☐ «Autonomie et réussite de l'insertion professionnelle», Philippe Ranchon
☐ «Le deuil, outil de l'autonomie», François Paul-Cavallier
☐ «Autonomie et qualité de la vie au travail», Albert Ripon
☐ «Expression créatrice . de la dépendance à l'autonomie», Guy Lafargue
☐ «Etre autonome en classe de 6e», Alice Holleaux
☐ «Construction d'un couple : se séparer pour se lier», Colette Braëm
☐ «La famille : l'individu-plus-un. Approches psychanalytiques et systémiques», Gilbert Tarrab
☐ «Le malade redevenant acteur de sa propre vie», Anne Ancelin-Schutzenberger
☐ «Autonomie et adolescence», Chantal Malossane
☐ «Culture d'entreprise et autonomie», Jean Muller
☐ «L'expand-Therapy : une méthode thérapeutique pour l'autonomisation», Marianne Gorog
☐ «Somatisation et autonomie psychique», Vincent Mazeran
☐ «L'accès à l'autonomie à travers l'enseignement de Françoise Dolto», Michel H. Ledoux

Dimanche 17 juin

☐ «Les psychologues et la télévision» , Claude Lorin
☐ «Autonomie et psychologie dans l'entreprise», Raymond Fouchard
☐ «Le lien social : autonomie ou dépendance», Marie-Louise Pellegrin
☐ «Les incasables et l'autonomie», Jean Pierre Chartier
☐ «Autonomie et responsabilité dans l'administration», André de Peretti
☐ «L'autonomie à travers l'examen psychologique de l'enfant», Jacqueline Royer
☐ «Alcool : comment devenir autonome ?», Michèle Costa Magna
☐ «Sexualités et autonomie», Armand Touati
☐ «Stimulation et autonomie : comment pallier l'isolement?», Pr Jean Louis Bernard
☐ «Comment l'enfant accède-t-il à l'autonomie ?», Michel Lobrot
☐ «Formation permanente et autonomisation du sujet», Luc Ridel
☐ «Le langage de l'autonomie : la méthode Gordon», Stéphane Donadey
☐ «Apprentissage, autonomie et remédiation», Jean-Marie Dolle
☐ «L'autonomie créatrice dans la famille», Claudine Föllmi
☐ «De l'adolescent à l'adulte : le prix du passage», Moussa Nabati
☐ «Autonomie et rattachement : approche cybernétique», Bernard Froussart
☐ «L'informatique au service de l'évaluation en formation», Gérard Pithon

UN NOUVEAU DIPLOME D'ERGONOMIE

Marquant la volonté d'être transdisciplinaire, l'U.F.R. de Santé publique de l'Université de Bordeaux II (1) vient de mettre en place un Diplôme Universitaire d'Ergonomie.
Cet enseignement de 3e cycle (2) est ouvert à la formation continue et aux titulaires d'un Bac+3. Il se déroule sur deux ans, sous la forme d'unités de valeurs capitalisables, offrant à chacun un programme individualisé.
Le contenu de ce diplôme s'articule autour de quatre axes, l'homme au travail, l'ergonomie générale, l'intervention ergonomique et l'ergonomie des systèmes, avec pour objectif d'apporter des connaissances théoriques et pratiques relatives aux relations entre l'homme et son travail et les systèmes d'interaction et de communication dans lesquelles elles s'inscrivent.
L'ergonomie participe d'une démarche d'équipe, interactive, «conviviale» avec ses partenaires. Par ailleurs, l'approche ergonomique est européenne de naissance, et pragmatique.
La formation dispensée s'appuie donc sur l'idée que chacun a une formation initiale spécifiée, mais que le travail nécessite une approche globale. Approche qui sera mise en œuvre par une démarche marquée par la recherche-action, à travers ce diplôme à vocation européenne.

(1) U.F.R. de Santé Publique (56 90 91 24), Université de Bordeaux II, 146 rue Léo Saignat, 33076 Bordeaux.
(2) Responsable administratif: J. Beylot - Responsables pédagogiques: A. Ripon et C. Martin.

PRISONS AMERICAINES : LE RÔLE DU PSYCHOLOGUE



Comment les psychologues américains interviennent-ils dans les prisons ? Il apparaît, comme le relate le «Monitor»(1) dans ses colonnes, que ces professionnels s'occupent aussi bien de traiter les usagers de la drogue que de conseiller les équipes et les familles dans des situations de prise d'otage. Ils peuvent également faire des évaluations sur les programmes gouvernementaux de protection des témoins.
Cent trente psychanalystes, actuellement, travaillent dans le système pénitentiaire et il faudrait deux psychologues pour cinq cents détenus. Le nombre des psychologues est cependant appelé à augmenter : les estimations donnent un chiffre de 95 000 détenus fédéraux pour 1995. Il est intéressant de noter que les psychologues du système pénitentiaire doivent être titulaires d'un PHD**, et sont à égalité avec les psychiatres, statutairement. Ajoutons qu' un quart à un tiers des psychologues des prisons sont des femmes, bien que la population détenue soit en majorité masculine.

** «The Monitor», janvier 1990 (American Psychological Association) 1200 17th St. NW, Washington, D.C 20036*
*** Doctorat de haut niveau aux U.S.A. (littéralement de philosophie)*

AIDER LES ENFANTS EN DIFFICULTÉ DE LECTURE

Constitués en association, les psychologues de l'Oiseau-Lire travaillent sur l'échec scolaire et les difficultés de lecture. Ils souhaitent pouvoir communiquer avec d'autres groupes de recherche afin d'échanger conceptions et pratiques.Si la psychanalyse reste la référence principale de ces cliniciens, ils n'excluent pas pour autant la dimension instrumentale, cognitive et sociale.Les rapports entre l'enfant en difficulté et les institutions scolaires font aussi l'objet d'un questionnement : cliniciens et groupes de recherche sont conviés à entrer en contact avec les psychologues de cette association.

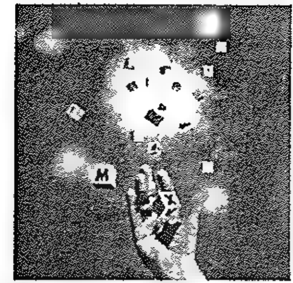
(1) Adresse : 113, avenue de la Porte des Champs, 76000 Rouen.Tél. : 35.71.71.98 (Association loi 1901).

LE FOU DU PRÉSIDENT

Depuis le 14 mai 1982, un jeune éboueur de la ville de Paris était interné à l'hôpital psychiatrique de Villejuif sur ordre du préfet de police pour avoir réussi à offrir une rose au président de la République sur le stade du parc des Princes ... Le service d'ordre présidentiel n'avait pas apprécié cette «performance». Le Groupe Information Asile (1) attire l'attention sur ce cas, parmi d'autres. «Cinq ans plus tard», précise le communiqué, la famille ordonnait, sans expertise, sa sortie de l'hôpital psychiatrique tant il était évident qu'Albin n'était pas l'aliéné que la police avait voulu faire croire». Mais le 14 septembre 1989, Albin rappelle au jeune interne qui l'avait suivi sa volonté de contacter à nouveau le président ... Immédiatement interpellé par la police, Albin est à nouveau interné en placement d'office. Et s'évadait, le 25 septembre 1989. Après une série de mésaventures, le jeune homme est encore interné, sur le rapport d'un médecin qui ne pouvait, comme le spécifie le texte du G.I.A., contredire ses supérieurs hiérarchiques qui appartenaient, comme lui, à la Préfecture de Police de Paris.
Comment ne pas s'interroger sur ces événements qui prouvent que la simple désignation de «fou» suffit à faire perdre ses droits les plus élémentaires à un individu ?
Pour les représentants de cette association, la loi du 30 juin 1838 est détournée de son objet : elle servirait à maintenir l'ordre public avant même de se préoccuper de savoir si la personne internée est ou non «aliénée»(2).

(1) Groupe Information Asile, B.P. 172 - 754622 Paris cedex 13
(2) Les éditions Fayard publient un livre de Philippe Bernardet : «Les Dossiers Noirs de l'internement psychiatrique», réalisé avec la participation du G.I.A.

APPRENDRE A APPRENDRE :



Un certain nombre de méthodes vise à provoquer des «auto-transformations» d'ordre intellectuel chez les adolescents et les adultes afin qu'ils puissent accéder à une réelle autonomie sur le plan mental mais aussi dans la gestion de leur travail.

Ces outils pédagogiques contribuent à stimuler, voire rééduquer les capacités d'apprentissage : le P.E.I. (programme d'enrichissement instrumental), fondé par Reuven Feuerstein, les A.R.L. (ateliers de raisonnement logique), les cubes de Mialet et la méthode Tanagra. Inspirés des théories de Piaget et de recherches sur les spécialisations sur les hémisphères cérébraux. Ces instruments ont pour objectif de former à une «éducabilité cognitive».

Les cubes de Mialet, en l'occurence, initient les individus à une logique générale, à travers une manipulation à contenu mathématique - réflexion sur le triangle de Pascal, sur les théorie des ensembles, etc. La méthode Tanagra, née de problèmes liés à la formation en informatique de fonctionnaires africains (dans les années 1975) poursuit le même objectif : modifier la logique mentale. Les ateliers de raisonnement logique se présentent sous forme de jeux et de cahiers d'exercice et sont facilement accessibles. A noter qu'une présentation de ces ateliers sera effectuée lors du 8e forum des psychologues (Paris 15-17 juin) par Elysabeth Perry.

Les domaines d'application ? La formation, au premier chef... mais aussi le secteur scolaire. L'U.I.M.M. (1) et une entreprise comme la S.N.E.C.M.A. effectuent des remises à niveau pour des salariés peu qualifiés : le P.E.I. peut même s'adresser à des illettrés...La société S.O.M.A.F.O.R.D. (2) utilise - dans la formation - les cubes de Mialet, qui activent le raisonnement logico-mathématique et permettent à des mécaniciens, par exemple,de devenir des électromécaniciens ...

Une précision qui mériterait de longs développements : le formateur est avant tout, dans ce contexte, un médiateur.

(1) L'Union des Industries Métallurgiques et Minières

(2) Société de mathématiques pour la formation au développement, 56 rue Vieille-du-Temple, 75003 Paris.

EXPERTISE JUDICIAIRE : UNE AVANCÉE

Quelle est la situation des psychologues-experts en justice quant au niveau de leur rémunération ? Dans les affaires pénales, la sous-rémunération des psychologues chargés d'établir une expertise psychologique rappelle éloquemment combien les textes en vigueur ne prennent pas en compte la spécificité ni la compétence de ces professionnels.

Colette Duflot, expert près la Cour d'Appel d'Angers vient d'obtenir gain de cause après avoir exercé un recours contre une ordonnance de taxe du juge d'instruction du Mans. Après avoir procédé à l'examon psychologique d'une personne inculpée de non dénonciation de crime, notre collègue avait présenté un mémoire de frais de 1 195 F., mémoire taxé par le juge d'instuction pour un montant de 652, 72 F.

Considérant que son expertise psychologique s'assimilait à ce que recouvre la notion récente d'expertise médico-psychologique- c'est-à-dire l'approche globale de la personnalité et non pas une simple mesure d'aptitudes- Colette Duflot a obtenu satisfaction, se fondant sur l'alinea 8 de l'article R. 117 du code de procédure pénale. Affaire qui doit sensibiliser les psychologues-experts en justice et leur rappeler que des recours existent dans les questions de rémunération, recours qui témoignent de la possibilité pour ces professionnels de faire reconnaître leurs compétences et d'obtenir une rémunération plus correcte.

INTIMITÉ ET/OU INTIMITÉS ? SUITE ...

Le thème de la passion amoureuse, lors du 7e congrès franco-suisse de perfectionnement en psychologie clinique, relaté par Jean Yves Matz (1), fut plus particulièrement traitée par le Docteur Jacques Voyron(2), qui développa l'idée de «la relation en alternance, du paradis vers l'enfer», dans le couple. Ainsi, «l'enjeu de la passion n'est pas la connaissance de l'autre puisqu'il permet de combler le manque maternel ou bien d'accompagner le deuil(non fait) du corps de la mère», selon les termes mêmes de Jacques Voyron qui évoque enfin «le moment où une pathologie du désir amoureux voit le jour et où la dépression (le plus souvent) est préférée par beaucoup» ...

(1) organisé à l'hôpital Sud d'Echirolles (Grenoble), le 26 janvier 1990. Compte-rendu publié dans le n°75 du Journal des Psychologues.

(2) Le Docteur Jacques Voyron est attaché des hôpitaux, chargé de cours à l'U.F.R. de medecine de Grenoble et membre du conseil d'administration de la Société Française de Sexologie clinique.

DÉLINQUANCE DES IMMIGRÉS : UNE FAUSSE IMAGE ?

Le débat sur l'immigration s'alimente de considérations sur la délinquance. Que peut-on dire de la part des étrangers dans la délinquance commise ? Pourquoi trouve-t-on plus d'un étranger pour quatre incarcérés alors qu'on en compte un pour six mis en cause ? Après étude (1) de trois types de statistiques (pénitentiaires, de la police et judiciaires), des réponses se dessinent : la priorité donnée à la répression de l'immigration clandestine explique pour une part importante la sur-consommation carcérale des étrangers. Sans ce contentieux, la part des étrangers resterait stable dans les statistiques de police depuis 1976 et leur taux de mise en cause aurait même tendance à s'éroder.

C'est dans la catégorie de délinquance «traditionnelle» de vols, agressions ou rebellions (qui entraîne un recours maximum à l'emprisonnement) que se rangent les étrangers.De plus, confrontés à un suspect dénué de garanties de représentation (conditions de domicile, situation familiale, emploi), le policier puis le magistrat ont tendance pour le premier à le mettre en garde-à-vue et le déférer (il est présenté détenu au parquet) et, pour le deuxième, à le faire mettre en détention provisoire. C'est donc dès le début du traitement pénal que les mesures augmentent le nombre des étrangers incarcérés.

(1)Recherche réalisée par le C.E.S.D.I.P., le Ministère de la Justice et le C.N.R.S. P.Tournier et Ph.Robert : Les étrangers dans les statistiques pénales, constitution d'un corpus et analyse critique des données, Paris, C.E.S.D.I.P. Déviance et contrôle social, n°49, 1989.

ACCUEILLIR DES ENFANTS ROUMAINS

Pendant les vacances de Pâques, dix enfants roumains doivent faire le voyage de Bucarest vers le sud-ouest de la France.

Les bonnes volontés du Lycée J. Baylet et du Collège Jean Rostand s'en occupent à Valence d'Agen et à Hamonville : il s'agit de l'association Eau Vive(1). Une réflexion est engagée, par ailleurs, sur l'opportunité de l'intervention psychologique dans des suivis de parrainage de plus longue haleine.

(1) Il faut des dons en espèce (20 000 F.) pour payer le voyage des dix enfants roumains. Vous pouvez adresser vos dons au Crédit Agricole : 13106-00360-11570223152-11 P. Responsable de l'association : Régine Arnau, tél. : 61.73.32.61. (le soir). Tél. de l'association : 61.73.07.84 (de 16 h à 19 h).

PSYCHOLOGUE DU TRAVAIL : QUEL AVENIR ?

Les mutations qui affecteront l'économie de marché en 1992 ne seront pas sans retentir sur le rôle des psychologues du travail. Pour contribuer à cette définition, les étudiants de Nanterre en psychologie du travail ont créé une association, l'A.P.T.E. (1) et publient un bulletin mensuel, qui collecte des informations auprès de spécialistes.

(1) Association des psychologues du travail en entreprise, UFR de psychologie, 200, avenue de la République, 922001 Nanterre. Jean-Pierre Villard, 46.27.75.51 - Inès Gutierrez, 47.80.92.79.

AMÉLIORER LA FORMATION DES ADULTES

Lors d'une intervention (1) devant les directeurs d'agences régionales de l'A.F.P.A., Mr Laignel (2) a souhaité donner un nouvel élan à cet organisme, voyant dans l'A.F.P.A. un instrument privilégié de ce qui est devenu, tant au niveau national qu'international, une priorité, la formation professionnelle continue. Dans cette perspective un contrat d'objectif de trois ans a été établi entre l'Etat et l'association, l'axe central en étant la formation qualifiante des adultes, avec pour priorité d'aboutir à terme à une certification reconnue pour toute formation ou pré-formation dispensée par l'A.F.P.A. Ceci pose notamment la question de l'implication de l'association dans le crédit de formation individualisé, et par là même soulève le problème relatif à la situation des personnels impliqués dans ces actions, trop souvent recrutés en contrat à durée déterminée. L'A.F.P.A. a sur ce point déjà prévu un plan d'intégration sous la forme de création de poste et la mise en œuvre de procédure de recrutement. Ces initiatives sont perçues favorablement par les psychologues de l'A.F.P.A. dans la mesure où elle peut augmenter leur effectif. M. Laignel a, par ailleurs, souligné la nécessité de redéfinir les missions des psychologues, "le bilan des compétences devenant préalable à toute action de formation". Cette proposition étant considérée par les personnels concernés comme un appel à formaliser un axe d'intervention déjà mis en œuvre dans les pratiques quotidiennes. Mais au travers de ces mesures, il s'agit avant tout pour l'A.F.P.A. de se situer au mieux pour répondre aux besoins des publics et des entreprises tout en s'intégrant dans une perspective européenne.

(1) Le 15 février 1990.
(2) Secrétaire d'état à la formation professionnelle.

SEXUALITÉ : RESPECTER LE SECRET ?

L'émission de Daniel Karlin et Tony Lainé «L'amour en France» consacrée à l'éducation sexuelle des jeunes enfants a provoqué de nombreuses réactions mitigées. Le C.S.A. (1) a tenu à rappeler, dans une lettre à la direction d'Antenne 2, «qu'aucune atteinte ne doit être portée à la dignité de la personne humaine. Toutes les précautions doivent être prises dans la programmation des chaînes pour qu'aucune violence psychologique ne soit infligée aux enfants». S'il est vrai que la communication audiovisuelle est libre, «l'exercice de cette liberté peut être limitée dans les mesures requises par le respect de la dignité de la personne humaine» (2). La séquence de l'émission d'Antenne 2 visée par ce rappel montrait en effet un enfant se déshabillant devant ses camarades sur la demande de son institutrice ceci dans une perspective "éducative". Mais au-delà de la nécessité de protéger l'enfance et l'adolescence dans la programmation d'émissions diffusées par les télévisions publiques et privées (3), on peut s'interroger sur les critères à retenir dans l'évaluation de la violence psychologique exercée sur des enfants et des adolescents. Les limites à poser dans la manière de traiter les sujets "psy" dans les grands médias sont à définir. Jusqu'où le regard journalistique peut-il "observer" sans induire ? Le respect du secret ne s'impose-t-il pas face à la sexualité du jeune enfant ?

(1) Conseil Supérieur de l'Audiovisuel
(2) Article premier de la loi du 30 Septembre 1986
(3) Directive du 5 Mai 1989

LYON 4-11 AVRIL 90



Europe : les étudiants en psychologie s'organisent. Un congrès européen(1) regroupera des délégués des différents pays d'Europe au sein de la Fédération européenne des associations d'étudiants en psychologie. Les trois objectifs prioritaires de l'E.F.P.S.A. sont d'asseoir, en premier lieu, des formes de coopération entre associations de pays différents, notamment à travers un échange systématique d'informations sur le type de formation et les carrières professionnelles.
Il s'agit également de favoriser l'échange d'étudiants et de jeunes diplômés en psychologie, en particulier par la réalisation de stages de formation. Enfin, ce congrès doit permettre de faciliter l'équivalence des niveaux de formation. Les étudiants en psychologie veulent être partie prenante du débat préparatoire à l'échéance de 1992.

(1) Il se déroulera à Lyon, du 4 au 11 avril 1990. Renseignements : Sabine Valette (F.N.E.P., Tél. 78.77 23.23 poste 641) Institut de psychologie de l'université Lumière Lyon II, av. Pierre Mendès-France, 69676 Bron, cedex.

DEVELOPPER LES ECHANGES FRANCO-MAGHRÉBINS

Les études psychologiques réalisées dans des contextes culturels différents peuvent faciliter un approfondissement des connaissances générales sur la construction de la personnalité. C'est dans cette perspective, en développant une volonté d'échange internationale entre les psychologues, que le Journal des Psychologues a engagé des contacts, particulièrement en direction des pays du Maghreb. La situation équidistante entre Paris et Tunis du Journal a sans doute favorisé cette ouverture vers l'autre rive de la Méditerranée. C'est dans ce contexte que s'est tenu le premier Congrès de Psychologie Maghrébin (1), qui a permis la publication de l'ouvrage «Adolescence et identité»(2) rédigé sous la direction de Noureddine Kridis. A l'occasion de la parution de cet ouvrage, plusieurs rencontres se dérouleront (3). Armand Touati présentera une conférence à l'université de Tunis sur le thème «Cultures et personnalité»(4). Il présentera également le Journal des Psychologues aux chercheurs, étudiants et professionnels. Par ailleurs, l'ambassade de France, qui a soutenu la parution du livre "Adolescence et identité", organisera une réception à cette occasion. Ainsi, le travail interculturel et les relations entre psychologues français et maghrébins se renforceront.

(1) Hammamet, du 14 au 16 mars 1989
(2) Edition «Hommes et Perspectives» (Le Journal des Psychologues) dans la collection «Psychologie et Société»
(3) du 11 au 13 avril 1990
(4) Ouvrage édité par le Journal des Psychologues, sous la direction d'Armand Touati, avril 1989.

Salaires et statut des psychologues de la fonction publique : quels enjeux pour la profession ?

Le protocole d'accord sur la rénovation de la grille des classifications et des rémunérations de la Fonction publique a été signé le 9 février dernier.
Ce document a défini au soin de la fonction publique des corps de fonctionnaires qui présentent trois caractéristiques, l'unité de statut, l'identité des vocations de carrière, l'unité des tableaux d'avancement. Un corps est organisé en un ou plusieurs grades et en catégories, selon le niveau de recrutement (1). Par ailleurs, ont été fixées les rémunérations des fonctionnaires sur la base d'échelles indiciaires qui indiquent les indices majorés de début et de fin de carrière ainsi que les changements d'indice selon l'ancienneté (2).
De nombreux psychologues dépendant de la fonction publique hospitalière et des services publics en général, sont concernés par ces nouvelles mesures. C'est en effet sur la base de ce protocole d'accord que sont négociés les termes du décret à paraître concernant les psychologues hospitaliers. Il s'agit en outre de définir le «corps des psychologues», ce qui implique de redéterminer l'échelle et les indices qui fixent les rémunérations des psychologues.
Qu'en est-il à l'heure actuelle ? Une première constatation s'impose : environ 4000 psychologues travaillant dans l'Enfance Inadaptée dépendent de la Convention collective de 1966 (3). Les grilles indiciaires de cette Convention ont été revues et majorées pour une grande partie des personnels de ce secteur (4), mais les psychologues ont été laissés pour compte. On note toutefois une volonté de prise en considération des revendications de la profession par le Ministre de la Santé. Les psychologues hospitaliers vont en effet bénéficier d'une revalorisation salariale sur la base de l'échelle des professeurs certifiés (5), avec des indices majorées allant de 340 à 728 (soit 6848 à 14 662 francs nets mensuels) au lieu d'un plafond à 613 (soit 12 346 francs nets mensuels), visant ainsi à une amélioration des traitements en fin de carrière.
Les professionnels de la psychologie n'en demeurent pas moins à un niveau salarial très faible compte tenu de leur formation universitaire; et il faut souligner l'inadéquation entre cette grille indiciaire et le niveau de recrutement, «baccalauréat plus cinq années d'études» entériné par la loi du 25 Juillet 1985 (6). En conséquence, une revalorisation des traitements des psychologues en début de carrière s'impose, ce qui n'est pas prévu actuellement.
La Fédération des Psychologues dans une lettre adressée à Mr Durafour, ministre de la Fonction publique, souhaite donc poursuivre la négociation sur les bases suivantes : une grille indiciaire correspondant aux professions qui requièrent le même niveau d'étude, par exemple professeur agrégé, ce qui implique une revalorisation salariale homogène pour l'ensemble de la profession, et pas uniquement restreinte au personnel en fin de carrière, et ceci quel que soit le ministère concerné. Par ailleurs, la Fe.P. a remis au ministère de la Santé un projet de décret (7) relatif aux psychologues des établissements hospitaliers publics et de certains établissements à caractère social; secteur important puisqu'il sert notamment de référence quant aux statuts et traitements des psychologues de l'Education surveillée. Ce document avance un certain nombre de propositions relatives aux missions, activités, obligations des professionnels de la psychologie. Ainsi concernant les responsabilités et l'autonomie technique «le psychologue doit exercer son activité en toute indépendance technique et a le libre choix de ses méthodes ...»; quant aux nominations et notations «le supérieur hiérarchique doit être pour le psychologue le directeur de l'établissement luimême..., les critères à prendre en considération pour la détermination de la note chiffrée annuelle doivent évaluer la qualité de l'activité et les interventions du psychologue en conformité avec les objectifs qu'il a lui-même contribué à définir, cette évaluation ne devant pas remettre en cause les méthodes spécifiques dont les psychologues ont le choix».

Mais l'unité de statut, condition préalable à la constitution d'un corps professionnel, doit être envisagée pour l'ensemble de la profession, le garant en étant l'application de la loi réservant le titre de psychologue. A quand donc les décrets d'application de la loi du 25 Juillet 1985 ?
L'ensemble des organisations professionnelles se sont manifestées auprès des pouvoirs publics, mais actuellement il semble qu'un blocage persiste au niveau du ministère de l'Education. Les recours engagés auprès du Conseil d'Etat à l'encontre du décret créant un diplôme d'Etat de psychologie scolaire se heurtent à la même absence de réponse de la part du cabinet de Lionel Jospin.
Pourtant, une certaine cohérence serait nécessaire dans les mesures prises par les différents ministères. Monsieur Jean Briane, député de l'Aveyron, a interpellé, à ce propos, le ministre de l'Education nationale (8). La formation conduisant au diplôme d'Etat de psychologie scolaire (9) ne peut en effet équivaloir à celle sanctionnée par un D.E.S.S. de psychologie ; ceci ayant pour conséquence d'une part de créer une catégorie de psychologues au rabais, isolant les psychologues scolaires, et d'autre part de bloquer les possibilités de mise en œuvre de la loi de juillet 1985. Les projets de décrets d'application de la loi du 25 juillet 1985 incluent en effet le diplôme d'Etat de psychologie scolaire alors qu'il déroge à l'exigence d'une formation de haut niveau pour tous les psychologues.
Sera-t-il donc nécessaire de réinterpeller les pouvoirs publics quant aux engagements pris lors du 7e Forum des Psychologues en Juin 1989 (10) ? Il est en effet urgent de pouvoir mettre en œuvre des normes précises de qualification, afin d'établir une base de négociations claire et saine quant aux mesures statutaires et indiciaires qui seront appliquées à la profession de psychologue dans la Fonction publique.

Isabelle Bonal

1- Il existe actuellement 4 catégories: A (licence), B (baccalauréat), C. (brevet) et D (sans diplôme).
2- L'indice majoré est à l'heure actuelle de 20,14 F. Il permet de calculer le traitement mensuel net des salariés de la fonction publique (Traitement mensuel net = indice majoré X 20,14 F).
3- Le texte de la convention collective nationale de 1966 est repris dans la deuxième édition de l'Annuaire Guide de la Psychologie (page 166).
4- Avenant 202 du 27 Juin 1989.
5- Voir le N°75 (Mars 1990) du Journal des Psychologues.
6- cf. La deuxième édition de l'Annuaire-Guide de la psychologie (page 155).
7- Ce document est publié dans la lettre n°19 de la Fédération des psychologues que vous pouvez obtenir auprès de la Fe.P. - 17, rue de la Baume, 75008 PARIS - Tél. (1) 43.59.77.55. - Joindre à la demande un chèque de 10 F.
8 - Cf. le Journal du Syndicat des Psychologues de l'Education Nationale (n° janvier-février 1990). 21, avenue de Robinson, 92290 Chatenay-Malabry. Tél. 16 (1) 46.83.05.58.
9- Diplôme institué par le décret publié le 18 septembre 1989.
10- Voir le n°69 (juillet/août 1989) du Journal des Psychologues.

HOMMAGE

Le dernier appel à la vie de Bruno Bettelheim

Parcours extraordinaire de 1903 à 1990 de celui qui après des études de philosophie et de psychologie, fut déporté à Dachau. De cet univers concentrationnaire, il développera une autre conception de l'autisme basée sur la notion de situation extrême. On pourrait ainsi, en aménageant un environnement stable et gratifiant, faciliter un chemin en retour vers la vie.

Emigré aux U.S.A. en 39, puis citoyen américain en 44, il fonde l'école orthogénique de Chicago dans la même perspective. La «Forteresse Vide» (1) des enfants psychotiques peut être progressivement contournée en rendant confiance à l'enfant dans ses capacités à influencer le monde.

Son ouvrage «Les blessures symboliques» (2) a permis une meilleure compréhension de l'impact corporel des craintes imaginaires que fait naître en chacun de nous la sexualité et particulièrement le pouvoir féminin de donner la vie.

La continuité de l'oeuvre de Bruno Bettelheim s'exprime à travers cette conviction de la vie, aiguisée par ses années de brouillard, renforcée par un travail quotidien auprès de ceux qu'il aimait, dans son rôle de père symbolique de l'école de Chicago. Un lieu où renaître que Daniel Karlin avait fait connaître et reconnaître et qui stimulera d'autres institutions, de Bonneuil aux lieux de vie. Il a consacré ses dix dernières années à «dialoguer avec les mères» et à tenter —à l'instar de Françoise Dolto— de transmettre les leçons de son expérience aux parents. Dans l'entretien publié par le Journal des Psychologues en mars 1988, il rappelait que la qualité de la relation à l'enfant dépend de la capacité à se remémorer sa propre enfance.



«Je voulais, à la fin de ma vie, présenter mes expériences sur l'éducation des enfants, principalement à ceux qui sont les plus concernés : les parents et les pédagogues. Avant tout, je voulais prendre mes distances à l'égard des livres qui enseignent aux parents ce qu'ils doivent faire, comment ils doivent éduquer... Il est tout simplement impossible d'intervenir dans cette relation avec des recettes et des évaluations. Le plus important est que les parents aient confiance en eux-mêmes...».

En finissant sa vie, entouré des siens, de ses petits-enfants, Bruno Bettelheim nous rappelle encore ce message et cette force qui lui ont permis de communiquer avec ceux qui avaient perdu espoir en la vie.

A. T.

Le Journal des Psychologues rendra hommage à Bruno Bettelheim dans son prochain numéro. Faites parvenir à la rédaction vos réactions avant le 10 avril.

(1) Gallimard, 1969
(2) Gallimard, 1971

A la mémoire d'André Rey

A l'occasion du 25e anniversaire de la mort d'André Rey (1906-1965), sera organisé un colloque international chercheurs-praticiens (1). Six symposiums et tables rondes sont proposés à partir de thématiques dérivées de l'oeuvre d'André Rey : les différentiels de l'individu, de la clinique neurologique à la neuropsychologie, de la psychologie animale à l'éthologie humaine, l'organisation sensori-motrice, clinique et instrumentation et enfin "quel avenir pour la psychologie scolaire ?" Une exposition accompagnera et illustrera ce colloque.

(1) du 27 au 29 septembre 1990, à Genève : Uni-Dufour, 24 rue Général-Dufour. Contact : Symporg s.a , 108 route de Frontenex, CH 1208 Genève. Tél. : (41.22.)786.36.44, Fax (41.22)786.40.80.



Le sondage de notre précédent numéro portait sur l'utilisation des tests psychologiques dans le cadre du recrutement.

Les résultats obtenus sont les suivants :

• 41% des personnes ayant répondu estiment que l'utilisation de tests psychologiques dans le recrutement est justifiée ;

• Pour 53%, elle est discutable ;

• Seules 6% des personnes ayant répondu pensent que les tests à l'embauche sont inutiles.

Peu de personnes pensent que les tests psychologiques utilisés à des fins de recrutement sont inutiles. Cette position prévaut, que les personnes interrogées soient psychologues ou non.

Toutefois, les résultats de ce sondage tendent à conforter l'idée qu'il est nécessaire de mieux faire connaître les fondements pratiques et théoriques des tests psychologiques : pour plus de la moitié des personnes ayant répondu au sondage, les tests à l'embauche restent discutables. Et cette réponse est d'autant plus choisie que l'on n'est pas soi-même psychologue. Mais soulignons-le, les psychologues eux-mêmes restent sceptiques. Poser la question de la validité des tests dans le recrutement reste donc primordiale. Cela fera l'objet d'un dossier dans un prochain numéro du Journal des Psychologues, l'embauche étant un moment clef de notre vie professionnelle et constituant par ailleurs un enjeu important du fonctionnement des entreprises.



L'émission de Daniel Karlin et Tony Lainé "L'amour en France" consacrée à l'éducation sexuelle des jeunes enfants a provoqué une réaction du Conseil Supérieur de l'Audiovisuel à l'encontre de la direction d'A2, certaines scènes constituant une violence psychologique à l'égard des enfants (cf page 55).

Considérez-vous que la série d'émissions "L'amour en France" peut constituer une violence psychologique pour les personnes interwievées ?

1. OUI
2. NON

CINEMA

Une métaphore de l'Enfant : "NIKITA"

de Luc Besson



C'est l'histoire d'une enfant perdue : droguée, meurtrière, condamnée, morte et enterrée à la vie civile, récupérée par les services spéciaux qui la rééduquent pour en faire... une tueuse.

Au commencement était l'abandon. Nikita pleure et appelle sa mère. La drogue, dit-on, est une mauvaise mère qui ne cesse de s'absenter, qui génère la dépendance et abandonne ses enfants. Le protecteur de Nikita, l'agent secret qui la réhabilite et l'emploie, est une mauvaise mère. Tous les cadeaux qu'il lui fait sont des cadeaux empoisonnés. Mais il l'aime. Et elle l'aime, il est son lien, sa dépendance.

Nikita est toute-puissante quand elle tue - la toute-puissance de l'enfant. Elle liquide des bataillons de gorilles dans le fracas des balles et du verre brisé. Elle saute par les fenêtres et traverse les murs avec seulement quelques égratignures. Invincible, indestructible comme Tintin.

Nikita est impuissante quand elle ne tue pas, quand elle pense au bonheur ordinaire, à la vie simple qu'elle pourrait avoir avec le copain qu'elle s'est trouvé au supermarché du coin comme on achète une peluche, quand elle pense à son identité perdue, quand elle écoute le flic lui inventer une enfance de vraie petite fille.

Qui refuserait de s'identifier à Nikita ? Qui n'a, dans son enfance, tué plus de soldats et coulé plus de bateaux que tous les services secrets réunis ?

Qui, encore maintenant, ne commet quelques meurtres impunis au volant de sa voiture ? Qui n'a pas, un jour plus ou moins lointain, plus ou moins défini, perdu sa mère ? Qui n'a connu «le jour où tout est devenu noir» dont parle Besson et n'a mis de la violence à la place de sa peur ?

Besson n'a pas eu à dire «Nikita, c'est moi», parce qu'il déteste les interviews et que Flaubert l'avait dit avant lui. Mais il le dit, fort.

Le public du Grand Bleu était au rendez-vous. La foule de ceux qui sortaient devait traverser la foule de ceux qui faisaient la queue sous la pluie.

Quelqu'un a dit : «ils ont l'air contents de sortir». Contents d'être à l'air libre, contents d'être vivants. Et sûrs que Nikita - l'enfant s'en sortira envers et contre tout.

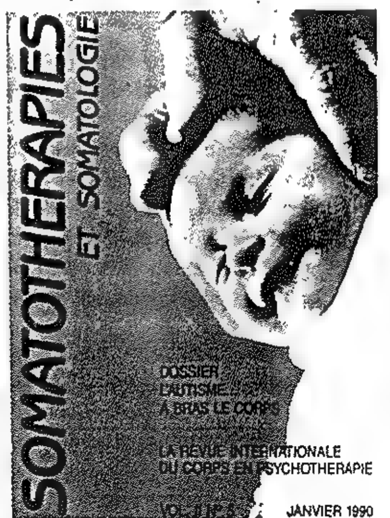
Alain Sarton.

REVUES

• **Cahiers de Psychologie Cognitive.** Ce numéro dont le thème est «Cognition et psychopathologie» commence par l'article de Wildlöcher et Hardy-Bayle: «La cognition et le contrôle de l'action en psychopathologie». Il fait une revue des travaux concernant les altérations de la mémoire dans la dépression et des altérations du codage de l'information et du langage dans la schizophrénie. En conclusion, les études révèlent l'existence de deux fonctions de contrôle qui jouent un rôle dans tout processus de décision: la régulation temporelle et la planification du contrôle de l'activation. Treize commentaires suivent cet article, qui sont suivis d'une réponse de Wildlöcher et Hardy-Bayle: «Est-ce que la pathologie de l'action fait partie de la cognition ?». Numéro 6, vol. 9, décembre 1989 (IBHOP, 5, rue des Géraniums, 13014 Marseille) (en anglais).

• **Bulletin de psychologie.** Thème : «Les Psychologues cliniciens. L'avenir de la profession : concevoir et décider». N° 3-6., année XLIII, Janvier-Mars 1990, (17 rue de la sorbonne 75005 Paris).
Depuis la parution d'un numéro spécial sur les psychologues cliniciens dirigé par Serge Raymond en 1982, le Bulletin de psychologie a poursuivi ses publications centrées sur les recherches. Huit ans après donc, un nouveau numéro choisit le même thème en se fixant un objectif plus ambitieux : concevoir et décider. Plus qu'un inventaire des pratiques réalisé en 1982, le pari était de promouvoir des recherches et des analyses sur la position du psychologue, l'organisation de la profession et ses perspectives. Outre que ses regards portés sur la formation, les pratiques, la clinique ou l'avenir privilégient une partie certes essentielle des psychologues, "les cliniciens", on constate avec déception l'absence de nouveauté quant à des modèles de compréhension de la profession. Peut-être s'agit-il, ici comme ailleurs malheureusement de la difficulté des psychologues à se situer dans leur histoire avec toutes ses composantes ? Comme s'il ne fallait pas, pour des raisons diverses, allant du parisianisme au sectarisme, poursuivre les réflexions, les recherches- actions menées par des psychologues et largement publiées dans des revues diverses, des ouvrages posant des questions de fond.
Les psychologues construisent pourtant un cadre transversal, un étayage professionnel qui est nécessaire pour leur insertion sociale. La centration sur soi n'ouvre guère la voie à des propositions et des actions au sein de la cité. L'institutionnalisation de la profession, notamment son mode de reconnaissance légale, n'est qu'une coquille vide si un contenu ne l'accompagne pas, à savoir les réponses qu'une discipline comme la psychologie peut apporter aux questions de son temps.

• **Somatothérapies et Somatologie.** N° 5 Janvier 1990. Revue trimestrielle. 20, Place des Halles, 67000 Strasbourg
Le premier numéro 1990 de la revue internationale du «Corps en thérapie», publiée par l'Innovation Psychiatrique, apporte des informations professionnelles claires et rigoureuses pour les psychologues cliniciens. Des idées de formation et de spécialisation et surtout des exposés, bien structurés théoriquement, de différentes pratiques.
Ce 5e numéro s'ouvre avec un dossier sur l'autisme, avec des contributions signées par des psychiatres, des psychanalystes et des psychologues (la française Anne Lefevre et l'allemande Jirina Prekop), présentant des cas cliniques, des pratiques plus ou moins connues en France comme le «passer-outre», le toucher, le bain thérapeutique, les enveloppements humides, les massages, le «bonding», le «ferme maintien», la pratique de la régression et contre-régression du Genevois Sarkissoff.
La retranscription de la table ronde du 1er Congrès de somatothérapie de 1988, à Paris, avec les interventions de André Moreau, Yves Brault, Albert Carlier, André Lapierre, Michel Lobrot, Jac-



ques-Antoine Malarewicz, Edmond Marc, sur le ou les processus (somato) thérapique(s) de base, complètent cette recherche de compréhension et d'élucidation des thérapies, dites corporelles, et leurs leviers communs «au-delà de ce que le thérapeute dit qu'il fait».
A remarquer par ailleurs le choix des illustrations - superbes photos et oeuvres du Viennois Egon Schiele - qui éclaire, d'une certaine façon, le propos des auteurs.
En vente dans certaines librairies ou directement chez l'éditeur.

LIVRES

ANIMER UNE ANALYSE DE LA VALEUR

Bernard Adam
E.S.F.
1989, 167 p.



Le séminaire de Bernard Adam, à l'instar des ouvrages publiés dans cette collection, comporte une partie théorique complétée d'un glossaire et d'une série d'exercices pratiques. L'analyse de la valeur se distingue-t-elle des cercles de qualité et des techniques de dynamique de groupe ? Bien que la personnalité de l'animateur soit un paramètre essentiel dans la conduite du groupe, l'analyse de la valeur se fixe pour objectif de résoudre ponctuellement des problèmes techniques et, plus généralement d'organisation, en faisant appel à tout le potentiel mobilisable dans l'entreprise. Les interventions sont limitées dans le temps et dans l'espace et enrichies de techniques de créativité. Mais précisons que l'entreprise n'est pas forcément prête à accepter ce type d'intervention : revient alors à l'animateur la tâche de sensibiliser les partenaires sociaux à la nécessité de l'analyse de la valeur.
La mise en place d'une étude «Analyse de la valeur» s'effectue selon des étapes qui requièrent, dans un premier temps, une action de concertation avec le demandeur, suivie d'une validation des conditions d'application. Comment concrètement procéder pour mettre en place des procédés efficaces ? Si une recherche chiffrée de l'information s'avère indispensable pour identifier les besoins de l'entreprise et les enjeux que représente pour elle l'analyse de la valeur, traiter le sens même des chiffres est tout aussi important. Cet objectif se fonde sur une politique de la communication qui permette de «visualiser» au maximum l'objet de l'étude et d'obtenir des conclusions claires. L'A.V. n'est efficace que dans la mesure où elle propose effectivement des solutions concrètes, praticables, ce dont témoigne l'utilisation de bloc-diagrammes, qu'il s'agisse d'un produit ou d'un service.
L'animation du groupe, ainsi, conduit à fournir une analyse fonctionnelle de l'entreprise : quelles sont les transactions qui apparaissent les plus pertinentes pour satisfaire le

besoin ? Il s'agit d'élucider non seulement les fonctions de service mais aussi les fonctions techniques. L'élucidation des tâches se fonde sur un modèle transactionnel, qui met en rapport le sujet et son environnement. C'est en effet cette relation qui détermine la possibilité de trouver des solutions viables. Elle implique, dans le même temps, la possibilité de délimiter la frontière du sujet et de positionner le groupe, de faire émerger son identité, dans la recherche commune de solutions.

Enfin, l'analyse de la valeur ne prend sens que sous l'impulsion de l'animateur qui, tout au long de la session, guide le groupe à la fois dans sa faculté de conceptualisation et dans la recherche de solutions pragmatiques, simples et élégantes. L'établissement de «check-lists» classiques s'accompagne de l'utilisation de techniques de créativité, tel que le brain-storming, qui met en œuvre une production synergique d'idées.

Outil pédagogique et méthodologique, l'analyse de la valeur se caractérise indiscutablement par son aptitude à développer tous les niveaux d'analyse des besoins de l'entreprise et sa capacité à mobiliser - selon des moyens diversifiés - le potentiel humain. Mais quel sort lui est réservé dans les entreprises françaises ?

Patricia Desroches

L'AME-MACHINE LES ENJEUX DE L'INTELLIGENCE ARTIFICIELLE

Jean-Gabriel Ganascia
Seuil
1990, 284 p.



Des textes de Turing (celui de 1947 où, une fois posée l'analogie machine-cerveau, sont définis les critères comportementaux que devront satisfaire les réseaux d'automates, et celui de 1950 qui s'articule autour de la question cruciale: Qu'appelle-t-on «penser» pour une machine ?) à l'acte de naissance de l'intelligence artificielle pendant l'école d'été de Dartmouth College en 1956, jusqu'aux derniers développements, l'histoire de cette science est retracée en détail.

Sont évoqués les apports de la résolution de problèmes, les divers avatars de la traduction automatique et parallèlement les premiers travaux sur les systèmes experts qui vont amener un renouveau de l'intelligence artificielle et faire émerger des questions fondamentales: peut-on ramener la diversité apparente des raisonnements à un seul formalisme ? La logique apparaît comme un outil indépassable d'analyse de la pensée; doit-on l'adapter, la généraliser ou lui substituer un autre formalisme, une multitude d'autres formalismes ?

Le foisonnement actuel des recherches poursuivies dans le sillage des systèmes experts marque un changement par rapport au projet initial de l'intelligence artificielle. La quête d'un modèle informatique de l'intelligence a fait place à une «pragmatique cognitive» où il n'est plus question d'une reconstruction ontologique du sujet, ni d'une modélisation psychologique, systémique, génétique ou neurologique mais d'une ambition plus mesurée: simuler l'activité cognitive dans un champ étroit du savoir.

L'intelligence artificielle se nourrit des sciences humaines et au premier chef de la psychologie: les liens entre intelligence artificielle et psychologie cognitive sont si étroits qu'il est parfois difficile de discerner celle qui est à l'origine de telle ou telle notion. L'auteur recense quelques exemples concrets de notions que la résolution de problèmes doit à la psychologie: mémoire à court terme, mémoire à long terme, chunking, travaux sur les jeux, GPS (General Problem Solver) et Logic Theorist de Newell et Simon.

La proximité de l'intelligence artificielle et des sciences de l'homme incite J.-G. Ganascia à poser des problèmes d'ordre philosophique sur ces liens et les deux questions qui lui servent de guide sont une question de possibilité (la même que dans l'article princeps de Turing): Une machine peut-elle penser? et une question de méthode: Comment s'y prendre pour construire une machine qui pense? A la première, J.-G. Ganascia ne trouve pas d'objection de principe à l'idée d'une machine pensante, ce qui pose problème, c'est la deuxième, celle des moyens et comment choisir entre eux.

Un livre indispensable à tous ceux qui s'intéressent aux sciences cognitives.

Brigitte Lièvre-Monfrais

ADOLESCENCE ET IDENTITE

Sous la direction de Noureddine KRIDIS
Editions Hommes et Perspectives
1990, 272 p.

La démarche psychosociale tente de retrouver des modèles. Y aurait-il des réalités sociales (ici c'est de la réalité maghrébine dont il est essentiellement question) qui proposent des modèles spécifiques ? Comment ces modèles sont-ils intégrés et transformés par les adolescents ? Ces questions traversent l'ouvrage collectif dirigé par Noureddine Kridis dont l'un des intérêts est de proposer dès l'abord un éclairage du concept d'identité par le biais de la philosophie ainsi qu'un panorama du champ des recherches autour de la construction de l'identité. Ces préalables étant posés par Jean Massonnat, l'ouvrage comporte trois volets concernant l'approche expérimentale de l'identité, les aspects cliniques et les problèmes posés par l'interculturalité. La représentation de soi dépend des référents identitaires. Ceux-ci prendraient des modalités spécifiques dans certains contextes culturels comme l'Algérie ou le Maroc et l'analyse en situation permet de revenir sur quelques idées reçues, notamment autour des référents parentaux et de la classique opposition en terme d'identité sexuelle. Cette question est d'ailleurs reprise dans la partie clinique où R. Ben Rejeb pose de façon claire la question de la bisexualité à partir d'un cas de double ambiguité sexuelle, anatomique et psychologique.

La fréquence des schèmes culturels et des normes sociales dans le processus d'identification demeure forte. Cependant on peut objectiver une certaine «plasticité identitaire», terme avancé par Carmel Camilleri pour désigner les adolescents pris entre deux cultures. Cette plasticité dépend de la subjectivation des difficultés consécutives à des situations de déracinement culturel mais dépend aussi du réseau relationnel où s'investit le sujet. Ce coefficient de transformation peut aboutir à un aménagement positif, source de création et d'échange même dans des situations critiques d'interculturalité telles que les a vécues et analysées B. Sellak. La question du «qui suis-je?» se trouve aussi posée par l'importance particulière de la figure féminine dans la société maghrébine et la répartition, complexe, des rôles familiaux dans cette société. En outre, certaines situations extrêmes comme celles que vivent les enfants et adolescents palestiniens empruntent des systèmes de représentation de soi fortement marqués par les conflits armés où les normes sociales et même les repères temporels sont profondément modifiés.

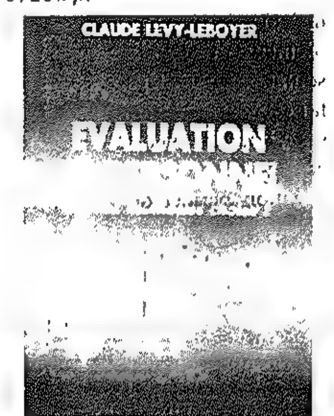
A travers le concept d'identification, c'est bien la question de l'adolescence que cet ouvrage interroge, question ouverte et non fermée, la version psycho-sociale même clinique du processus d'identisation n'épuisant pas, bien entendu, la formation éminemment structurale de l'identité personnelle. L'originalité de ces écrits réside dans la confrontation des éclairages apportés à la fois par des psychologues maghrébins et des spécialistes européens de la question de l'identité.

Ce regard croisé incite à la réflexion et ouvre certainement des perspectives de recherches passionnantes.

Brigitte Noël

EVALUATION DU PERSONNEL Quelles méthodes choisir ?

Claude LEVY-LEBOYER
Les éditions d'organisation
1990, 208 p.



Les décisions concernant le recrutement, la conduite des carrières, l'affectation à un poste ou encore l'orientation vers une formation sont capitales pour l'organisation, comme pour l'individu. Dans ce domaine, les erreurs sont coûteuse en temps, en énergie, et en argent. Toute décision concernant un individu suppose donc une évaluation de ses aptitudes, de ses connaissances acquises, souvent aussi de sa personnalité et de ses qualités sociales. C'est dire que, dans ce domaine, la sagesse de la décision dépend de la qualité de l'évaluation et de la pertinence des méthodes utilisées.

C'est là le propos du nouvel ouvrage de C. Levy-Leboyer, dont l'objectif premier est de faire connaître les bases, et donc de comprendre la signification des méthodes d'évaluation des potentiels humains, permettant ainsi de répondre au souci de qualité et de pertinence des gestionnaires de ressources humaines vis-à-vis des méthodes qu'ils emploient.

Un des axes de cet ouvrage repose sur le questionnement des méthodes d'évaluation du point de vue de leur faisabilité, de leurs qualités métriques, de leur signification démontrée, de l'utilité qu'elles apportent et de leur «valeur pronostic».

Sont abordés aussi bien les «tests psychologiques classiques» que des méthodes plus récentes comme les centres d'évaluation, plus traditionnelles comme l'entretien ou le questionnaire biographique ou plus contestées comme le questionnaire de personnalité. Ces analyses s'appuient sur des études critiques, des recherches fondamentales et des bilans de terrain sérieux; et ce n'est pas un des moindres mérites de ce livre que de mieux faire connaître en France, à travers notamment une bibliographie très fournie, ces travaux que l'on ne pouvait trouver jusqu'à présent que dans des publications en langue anglaise.

Outre les méthodes d'évaluation, C. Levy-Leboyer aborde la description des potentiels humains, ainsi que la prédiction précise du comportement individuel dans des situations de travail spécifiques, non comme une opération ponctuelle mais comme un processus complexe qui comporte trois étapes successives et qui peut se prolonger par un bilan à posteriori.

Première étape, l'analyse du travail; cet ouvrage présente des techniques qui permettent de définir les exigences du poste, de chercher à placer le métier visé dans un ensemble cohérent constitué par une «famille de métier» pour laquelle les mêmes méthodes d'évaluation peuvent être utilisées.

Deuxième étape, l'évaluation du succès professionnel, pierre angulaire de toute validation des méthodes destinées précisément à le prédire. D'où la nécessité d'outils permettant d'une part d'évaluer les «performances» de travail de manière discriminante, fiable et objective, et d'autre part de concrétiser ces évaluations sous la forme de «critères» de réussite professionnelle, que ce soient des critères objectifs (absentéisme, turn-over, ...) ou subjectifs (notations par la hiérarchie).

Troisième étape, la vérification des qualités métriques que possèdent les méthodes d'évaluation (discrimination, fidélité, validités), ainsi sont exposées dans un chapitre les techniques permettant de mesurer ces qualités. En effet, vérifier qu'une méthode possède bien les qualités métriques fondamentales doit représenter la première condition du choix d'une méthode d'évaluation.

Enfin, terme d'une évaluation, il faut savoir comment faire la synthèse d'informations diverses et souvent nuancées pour prendre une décision presque toujours binaire (oui/non). Il faut également se soucier de l'utilité au plan humain, comme au plan de la rentabilité des méthodes employées pour prendre ces décisions (calcul des coûts et des profits tirés de l'usage des méthodes d'évaluation).

Orienté par les trois questions suivantes .

- de quelles méthodes dispose-t-on pour évaluer le potentiel humain ?
- sur quels critères peut-on faire un choix entre ces méthodes ?
- quelle est la nature des informations qu'apportent les méthodes existantes et comment doit-on les utiliser ?

cet ouvrage fait le point des connaissances actuelles et de leurs conséquences pratiques.

La qualité majeure de ce livre est de faire reculer l'irrationnel en matière d'évaluation du personnel, montrant qu'il existe des règles fondamentales qui, si elles sont appliquées, garantissent la qualité des méthodes et le respect des principes éthiques fondamentaux. L'universitaire et le chercheur, avec toutes les mises en garde nécessaire, informe et conseille les chefs d'entreprise, les chefs de personnel et les responsables de haut niveau, soucieux de bien choisir des méthodes d'évaluation adaptées à chacun de leur problèmes, dans des conditions d'équité et d'objectivité et en se gardant la possibilité de contrôler de manière permanente la qualité des outils qu'ils emploient.

Isabelle Bonal

BALLADE POUR UN JEUNE THERAPEUTE

Paul Montangérand
St-Julien Molin-Molette
1989, 162 p.

Après quarante années d'analyse jungienne, dont trente en tant que thérapeute disciple de charles Baudoin, Paul Montangérand a témoigné d'une façon très authentique de sa pratique.

Son bouquin apparaît truffé d'excellentes références telles que celle de Maud Mannoni «être porteur de psychanalyse, c'est être porteur de contradictions», d'Eliane Amado Lévy-Valensi, «je change et vous changez» de Baudoin: «Mourir, c'est tout donner»...»La vraie fidélité à un «Maître» réside dans la mise en interrogation de ce qu'il nous a transmis», de Khalil Gibran «Aucun homme ne peut rien vous révéler sinon ce qui repose déjà à demi-endormi dans l'aube de votre connaissance», de Tahar Ben Jelloun: «Il n'était ni héros, ni martyr.Il était citoyen de la blessure».

Il serait fastidieux de vouloir citer tous les auteurs qui étayent les propos de Paul Montangérand.

Dans ce livre l'auteur montre à quel point l'analyse n'est pas une technique qu'on apprend mais plus un art proche de la poésie. Pour lui, le danger qui guette l'analyste est le bavardage. En cherchant à expliquer l'inexplicable, le dialogue peut être tué. La principale fonction de l'analyste réside dans l'écoute «d'un cœur tranquille»...sans désir, sans jugement tout en étant amour.

L'analyste n'a pas à porter l'analysant d'une manière active mais comme l'eau le nageur. Jung disait un jour: «Celui qui veut connaître l'âme humaine n'apprendra à peu près rien de la psychologie. Il faut lui conseiller d'accrocher au clou la science exacte, de se dépouiller de son habit de savant, de dire adieu à son bureau d'étude et de marcher à travers le monde avec un coeur humain dans la terreur des prisons, des asiles d'aliénés, des hôpitaux, les bordels, les tripots, les salons, la Bourse, les meetings socialistes, les églises, et les extases des sectes».

Paul Montangérand se conduit en parfait jungien conseillant même comme dans les Nourritures terrestres de Gide de jeter son livre. «Ce n'est là qu'une des mille postures possibles en face de la vie». Avant de le jeter, il faut le lire !!...

Jean-Christophe Janin

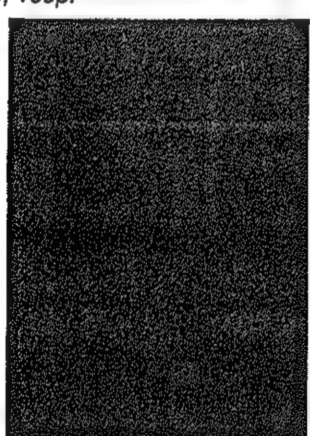
Alzheimer - Comprendre pour mieux aider

L.Lévesque,C.Roux,S.Lauzon
ERPI
1990,331p.

La maladie d'Alzheimer atteint la personne dans tout son être et avec une intensité impitoyable. Elle atteint davantage les personnes âgées, dont le nombre va croissant. Comment aider ces personnes dont les pensées, l'expression émotive et le fonctionnement quotidien deviennent de plus en plus hermétiques et qui, socialement parlant, sont de plus en plus nombreux ? L'ouvrage expose des considérations théoriques reliées à une compréhension globale de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer et traite des conduites à privilégier avec ces malades ainsi que des moyens de revitaliser les contacts trop souvent vécus de manière éprouvante.

L'âge bête

Ouvrage collectif
ESF
1990, 169p.



Qui sont ces pré-adolescents qui veulent cacher leur intelligence à leurs parents, à leur famille, à leurs copains et peut-être à eux-mêmes ? Ceux dont on dit qu'ils sont à «l'âge bête» ? Quelle est cette clinique ? Que signifient ces mécanismes de défense et contre quelles inquiétudes ? Quelle est sa psychodynamique, sa place parmi d'autres formes de la bêtise, ses illustrations, son rire, sa littérature ?
Telles sont les interrogations des parents et de ceux qui rencontrent les préadolescents dans «l'âge bête» et ce livre collectif leur donnera quelques réponses, dont certaines ne manquent pas d'humour.

La double rencontre Le corps et la parole

T.-H. Fua
Césura
1989, 217p.

Récit d'une cure psychanalytique où la psychanalyste aménage le dispositif analytique «pour traiter à des moments distincts le langage archaïque du corps et celui de l'intellect jusque-là enchevêtrés», ainsi Didier Anzieu nous présente-t-il dans la préface l'itinéraire de ce livre. Séances de relaxation et séances de parole vont alterner dans la cure, grâce à la double compétence d'analyste et de relaxateur de l'auteur, et feront la matière du récit qui sera repris et élaboré en fin d'ouvrage.

Les enfants de la violence

C. Couderc
Fixot
1990, 228 p.

Victimes de la violence des autres ou criminels eux-mêmes, perdus dans la drogue ou meurtriers avant l'adolescence, ce sont les Enfants de la violence. Ce document nous livre dix destins sabordés, dix récits qui relatent, avec des mots simples, la solitude de l'enfant et l'indifférence, la maladresse des adultes à son égard.

L'esprit en éveil

E. Langer
InterEditions
1990, 224 p.

Ellen Langer expose le double concept de l'esprit actif (en éveil) et de l'esprit passif (conditionné). L'esprit actif tient compte du contexte de chaque événement, tandis que l'esprit passif traite les données comme si elles étaient libres de tout contexte, exactes dans l'absolu. Ce livre interprète les résultats de plus de cinquante expériences et tente de démontrer leurs implications concrètes dans la vie quotidienne. Une partie explore les causes de l'esprit passif, y compris le rôle crucial de la petite enfance qui forme notre esprit, et montre les limites qu'il impose à nos compétences et à notre potentiel. Une autre partie traite de l'esprit actif et nous indique comment nous pouvons devenir plus actifs et plus attentifs à l'instant présent.

Introduction à l'œuvre de Françoise Dolto

M.H. Ledoux
Rivages
1990,295 p.



Encore un livre sur Françoise Dolto ? Mais c'est un livre qui aborde des thèmes qui ont intéressé cette psychanalyste «tombée» dans le domaine public et qui a toujours soutenu que l'apport de la psychanalyse pouvait se concrétiser dans le domaine de l'éducation et dans celui de la prophylaxie des névroses et des psychoses. Les thèmes abordés vont de la petite enfance à la castration et l'Œdipe, à l'autisme et la psychose chez l'enfant, à la mise en perspective des théories de Klein, de Dolto et de Lacan, pour ne prendre que ceux-là. C'est un livre nourri de nombreuses notes et assorti d'un glossaire, qui considère dans le détail cette oeuvre incontournable en psychanalyse.

Piloter sa vie en champion

Guy Missoum et Jean-Marc Lhabouz
L'Age du verseau
1990, 271 pages

Concurrence et compétition économiques, à l'aube du défi de 1992, engendrent des transformations : mentalités et valeurs culturelles évoluent et le culte de la performance vient sur le devant de la scène. Dans un contexte international de compétitivité, comment réagir et s'adapter à cette mutation aussi bien dans les affaires que dans la recherche, la politique, l'art et enfin ... le sport. La vie personnelle n'échappe pas à ce désir d'excellence. Mais c'est en priorité la parenté psychologique entre sportifs de haut niveau et managers d'entreprise qui intéresse les auteurs. Selon eux, c'est la motivation qui propulse, en dernier ressort, les individus vers la réussite.

Parmi les nombreux livres parus en Mars dans le domaine des sciences humaines, «les best-sellers des librairies», représentatifs des choix du public, donnent une vision d'ensemble des livres de psychologie les plus appréciés. A la une ce mois-ci deux ouvrages de synthèse sur l'œuvre de grandes psychanalystes et une approche éthologique de l'attachement.

Le Journal des psychologues effectue pour sa part une sélection diversifiée qui rend compte de l'ensemble des champs théoriques et pratiques, permettant ainsi aux lecteurs d'être informés de parutions souvent essentielles en matière d'analyse et d'intervention en psychologie.

Ces choix sont fondés sur les apports scientifiques et professionnels des ouvrages choisis.

LES BEST-SELLERS DES LIBRAIRIES

1- ***Mélanie Klein, son monde et son œuvre*** — *A. Grosskurth* — *P.U.F.*

2- ***Sous le signe du lien*** — *Boris Cyrulnik* — *Hachette*

3- ***Introduction à l'œuvre de Dolto*** — *Michel H. Ledoux* — *Rivages Psychanalyse*

Classement établi à partir des meilleures ventes de treize grandes librairies de sciences humaines: «A la Sorbonne» (Nice); «Vents du Sud» (Aix-en-Provence); «L'Odeur du temps» (Marseille); «La Machine à lire» (Bordeaux); Librairie de l'Université (Dijon); «La Dérive» (Grenoble); «Vent d'Ouest» (Nantes); Librairies des Facultés (Strasbourg); «La Méridienne» (Paris); «Lipsy» (Paris); Librairie des P.U.F. (Paris); «L'armitière» (Rouen); «Librairie Garnier» (Paris).

LE JOURNAL DES PSYCHOLOGUES A CHOISI

1- ***Evaluation du personnel, quelles méthodes choisir ?*** — *Claude Levy-Leboyer* — *Ed. des organisations*

2- ***Le pays de l'étrange*** — *D. Morel & M. Du Souchet-Robert* — *Ed. du papyrus*

3- ***Les activités mentales. Comprendre, raisonner, trouver des solutions*** — *Jean-François Richard* — *Armand Colin*

L'assurance maladie-maternité des professions libérales

L'installation en libéral suppose un certain nombre de démarches et, en particulier, le versement de cotisations sociales obligatoires. Le régime applicable à l'assurance maladie-maternité est spécifique mais vise, cependant, l'ensemble des travailleurs indépendants, qu'ils soient ou non en profession libérale. Pour les psychologues débutant dans une activité non salariée, seule une cotisation minimale forfaitaire est due. Précisons par ailleurs que les ayants-droits de l'assuré - sous certaines conditions - sont également couverts. Il faut souligner en outre que les tarifs de remboursement sont pratiquement identiques à ceux du régime des salariés. Enfin, les femmes qui exercent une activité en libéral bénéficient, pendant leur maternité, d'une allocation forfaitaire de repos maternel, destinée à compenser partiellement la diminution de leur activité.

Le régime applicable à l'assurance maladie-maternité des professions libérales ne doit pas être confondu avec les régimes d'allocations familiales et d'assurance vieillesse (qui feront l'objet d'une autre étude). En fait, il s'agit ici du régime des cotisations applicables à l'ensemble des travailleurs indépendants, qu'ils soient ou non en profession libérale. Le fait que les professionnels libéraux exercent en groupe ne modifie en rien l'obligation qui est faite à chacun d'être affilié au régime autonome d'assurance maladie-maternité des travailleurs non salariés. Les cotisations d'assurance maladie sont calculées en fonction des revenus professionnels nets des assujettis, générés entre le 1er avril et le 31 mars. La cotisation, annuelle, est payable en deux échéances fixées au 1er avril et au 1er octobre. Payable d'avance, elle concerne en fait la période annuelle allant du 1er avril au 31 mars de l'année suivante. Les revenus nets professionnels s'entendent avant déduction des déficits des années antérieures, s'il y a lieu, et avant déduction de l'abattement spécial prévu en matière fiscale pour les adhérents d'associations de gestion agréée. La première échéance semestrielle est considérée comme un acompte et se calcule sur les revenus de l'avant dernière année. A la seconde échéance d'octobre, les revenus de l'année précédente sont connus et la caisse peut alors calculer la cotisation annuelle et réclamer le solde. Lorsqu'un déficit est déclaré, une cotisation minimale est perçue.

Le 1er avril de chaque année au plus tard, l'organisme conventionné adresse à l'assuré un «imprimé de déclaration de revenus» que celui-ci doit retourner avant le 1er mai, sous peine d'être taxé d'office dans ses cotisations. En cas d'envoi tardif de la déclaration, la cotisation calculée est majorée de 4 %.

Le taux de cotisation est fixé à 11,95 % des revenus professionnels, dont :

• 3,10 % dans la limite du plafond annuel de sécurité sociale (pour le deuxième semestre 1990, le plafond mensuel est fixé à 11 040 F.),

• 8,85 % dans la limite de cinq fois le plafond annuel de sécurité sociale.

Pour les personnes débutant dans une activité non salariée, seule une cotisation minimale forfaitaire est due. Pour les cotisations qui n'ont pas été réglées à l'échéance (1er avril/1er octobre), une majoration de retard de 10 % est applicable. Une majoration de 5 % s'y ajoute pour chaque trimestre ou fraction de trimestre écoulée, passé un nouveau délai de trois mois. En cas de difficultés et si l'assuré est de bonne foi, une remise totale ou partielle de pénalités peut être accordée. Si l'assuré persiste à ne pas payer ses cotisations, l'organisme conventionné peut lui adresser une mise en demeure et faire procéder à un recouvrement forcé au bout de quinze jours. Sous réserve qu'ils ne soient pas également affiliés au régime des non salariés (cas du conjoint associé), ou d'un autre régime obligatoire d'assurance maladie-maternité, les ayants-droits de l'assuré sont également couverts. Ces ayants-droits sont :

- l'époux ou l'épouse (même séparé),
- le concubin,
- les enfants à charge,
- l'ascendant, le descendant, le collatéral ou l'allié jusqu'au 3e degré, à condition qu'il vive sous le toit de l'assuré et se consacre aux travaux ménagers et à l'éducation d'au moins deux enfants de moins de 14 ans à la charge de l'assuré.

Les prestations en nature servies, les formalités de remboursement, ainsi que les conditions et les tarifs de remboursement sont pratiquement identiques à ceux du régime des salariés.

Toutefois, la participation de l'assuré est fixée à :

• 50 %, pour les frais médicaux et paramédicaux ;

• 20 %, lorsqu'il y a hospitalisation, tant pour les honoraires que pour les frais de séjour (sauf pour les thérapies coûteuses ou les actes cotés au moins K 50).

Les femmes qui exercent à titre personnel une activité non salariée bénéficient pendant leur maternité d'une allocation forfaitaire de repos maternel destinée à compenser partiellement la diminution de leur activité. Lorsqu'elles font appel à du personnel salarié pour se faire remplacer dans les travaux professionnels ou ménagers qu'elles effectuent habituellement, cette indemnité est complétée d'une indemnité de remplacement proportionnelle à la durée et au coût de ceux-ci. A noter que ces deux allocations peuvent également être attribuées aux épouses de membres non salariés de professions libérales participant à l'activité professionnelle du conjoint sans être rémunérées (art. D 615.11 du Code de la Sécurité Sociale). Sous certaines conditions, ces deux allocations peuvent aussi être versées en cas d'adoption.

Richard Gaudet

PETITES ANNONCES

TARIFS PETITES ANNONCES :
45F. TTC la ligne de 40 signes (idem pour P.A. sur Psychotel, 4 lignes maximum). Tarif groupé: Journal des Psychologues + Psychotel: 70F TTC la ligne de 40 signes. Joindre impérativement votre règlement au texte que vous souhaitez insérer trois semaines avant parution.

STAGES DE FORMATION

• **Paris-Montpellier. A.R.T.E.C.** Formations Professionnelles Courtes et Longues Agréées FORMATION PERMANENTE en Sophrologie, Massages (Sensoriel, Lymphatique, Réflexe), Relaxation, Taï-chi, P.N.L., Ecoute et Parole, Corps et Vidéo, Art-Thérapie. Doc. GRATUITE : A.R.T.E.C., 9, rue Castilhon, 34000 Montpellier. Tél. 67.58.34.69 ou 67.58.29.65.

• **Sophrologie, relaxation thérapeutique** - formation professionnelle; agréée depuis 1973 - diplôme ou certificat de capacité. Ecrire : I.P.P. fomation
31150 Château-de-Bruguières - Tél.: 61.25.52.34 / 56.05.69.37.

• **Méthode Feldenkrais.** Formation Professionnelle 1990 -94
40 jours par an: Début : 15 août 1990. En été à Aix-les-Bains, au printemps à la Grande Motte. Rens. : Françoise Figuière, 81/83 rue de la Verrerie, 75004 Paris. Tél.: 42.72.04.84.

STAGES de FORMATION en SOPHROLOGIE
médicale et pédagogique
INSCRIPTION IMMEDIATE
ECOLE LYONNAISE de SOPHROLOGIE
87, rue de la République
69002 - LYON -
TEL : 78.92.85.91.

UNE SYMPHONIE

Trouvez le bonheur à deux et faites le durer.
Mary-Claire Jaich conseillère en communication appliquée et son équipe spécialiste en Sciences Humaines, vous apporteront une solution à votre solitude.

Contactez-nous à SYMPHONIA
Tél. 93.87.93.93
pour r.v. Nice, Marseille, Lyon, Paris, Toulouse, Strasbourg.

• **Gestalt, Richard van Edgom,** un des pères de la Gestalt en Europe, seul élève de L.Perls en Europe francophone dirigera une formation intensive (4 X 7 jours par an, max. 7 participants en 1ère année) en France à partir du 2 juin prochain. Son prix ne sera que de 9 800 F par an, TTC.
Elle s'adresse en priorité à vous qui travaillez avec des personnes qui souffrent, des personnes gravement malades physiquement, des mourants ou des personnes tourmentées ou désespérées, et si vous cherchez votre voie à être vraiment disponible. Informez-vous : Le Castel, 09400 Miglos, tél.: (16) 61.05.97.92

• **Formation à l'approche systémique en milieu scolaire.**
- Initiation aux concepts de base et à la démarche systémique,
- apport théorique et pragmatique,
- acquisition méthodologie spécifique.
Stages de 4 j.: 3 au 6/09 ou 28 au 31/10/90. Infos : ARECE, Mme Augras, 18 rue de l'Ile de France, 95290 L'Isle-Adam. Tél. (1) 34.69.29.68.

• **Morphopsychologie biodynamique** - Cours par correspondance + stages pratiques. Certificat ou diplôme en 3 ans. Tél: Françoise Harlé: 20.55.61.10.

FORMATION

• PROFESSIONNELLE
• COMPLÉMENTAIRE
ICH *des Psychothérapeutes Relaxologues - Graphologues Consultants en sélection*

Cours et séminaires Paris et Province
Psychanalyse - Nouvelles thérapies
Pratique du Rorschach
Méthodes de relaxation
Graphologie - Morphopsychologie
Sélection/Orientation

I.C.H.
Etablissement privé d'enseignement supérieur
20, rue Joubert - 75009 Paris Tél. 48 74 43 60
Minitel : 11 ou 36.15 ENTEL-ICH

FORMATION
de praticiens en
INTEGRATION POSTURALE

• une psycho-somatothérapie très puissante, par la nouvelle approche holistique du "corps-conscience".
• diplôme de l'International Center for Integration (USA).

Association française d'intégration posturale
32 rue du Mt Thabor 75001 Paris
Tél. (1) 48.85.70.67

FORMATIONS COMPLETES
Institut Supérieur de Psychologie

1. Pour être Sophrologue :
- Cours de base et cours supérieur à Paris *(sous la conduite de P. Guirchoun, Féder. Mondiale de Sophrologie).*
- Cours Master en Andorre *(assurés par A.Caycedo, créateur de la Sophrologie).*

2. Pour être Relaxologue :
- Formation en 2 ans (niveau Bac)
- Formation en 6 mois (niveau Licence de Psychologie ou Doctorat de Médecine).

Inscriptions : Institut Supérieur de Psychologie, 9 bis rue Guénot 75011 Paris (Métro/RER : Nation)
Tél.: 43.79.74.28.
(Lundi au Jeudi de 14 h à 20 h).

CAPNL la PNL au service des entreprises

COMMUNIQUER EST VOTRE METIER
Venez découvrir ou approfondir les outils de la Programmation Neuro Linguistique
L'équipe de CAPNL, en étroite collaboration avec l'institut New-Yorkais de PNL, vous offre des stages d'initiation, formation avancée et Praticien.

Françoise CAVE, Dominique LAUGERO ou Christian PUYGRENIER (diplômés du NYTI),
seront heureux de vous renseigner au (1) 30.38.89.00

Documentation sur demande à CAPNL
B.P. 8424, rue Petit-Albi, 95806 Cergy-Pontoise Cedex

LOCAUX PROFESSIONNELS

• **Loue local** aménagé 50 m2 à Paris pour thérapie de groupe, relaxation, yoga. 100 F 1 h. - 750 F Journée - 1400F week-end. Tél.: 46.36.40.93 Laisser message si répondeur.

• **Paris 11e - Locaux de formation** à louer : journée, demie journée. Rens. 48.05.09.17

• **Psychothérapeute cher. à louer** local prof. Paris 12e ou communes limit. Tél. 43.78.53.29 (rép.) ou 48.82.21.85 entre 22h et 22h30.

DEMANDES D'EMPLOI

- **Psychologue** - 30 ans - Formation analytique - Expérience d'infirmière (10 ans) - recherche poste Paris - R.P. - Intéressée aussi par la création d'un cabinet avec des psy même profil - Tél. : 42.41.44.06 - Nicole Kinast.
- **Psychologue art-thérapeute** de formation analytique recherche vacations dans institution pour enfants. Bouches-du-Rhône ou Vaucluse. M.T. Wimbee-Soubise, 63 rue de la Camargue, 13300 Salon. Tél. 90.56.24.27.
- **Psychologue clinicienne** cherche poste, départements 13,30,34,83,84.
Expérience institutions cas sociaux, consultations, communication.
Contacter Geneviève Loupiac, 82, Bd Françoise Duparc, 13004 Marseille. Tél. 91.34.59.03 ou 66.64.93.62.

OFFRES D'EMPLOI

- **Le Département du Cher recrute** pour le Centre d'action médico-sociale précoce départemental un psychologue vacataire, à mi-temps, ayant si possible une formation psychanalytique.
Renseignements : Tél.: 48.65.93.93 poste 1373.
- **Important Etablissement de la Région Nantaise recherche** pour la prise en charge de malades souffrant de conduites addictives un(e) psychologue possédant :
- expérience professionnelle dans le domaine des addictions auprès des adolescents et jeunes adultes,
- et expérience professionnelle des thérapies de groupe et cognitive.
Centre hospitalier régional et universitaire de Nantes. Direction du personnel. BP. 1005, 44035 Nantes cedex 01.

CABINET

- **Paris-Quartier Etoile.** Une psychanalyste psychologue clinicienne diplômée vous reçoit et vous écoute. Expérience enfants, adultes et couples - 1er entretien gratuit - (1) 40.68.09.75.
- **Psychanalyse** d'adulte sur RV.
Travail individuel
Travail de couple, de soutien à Paris
Quartier Opéra Tél: (1) 42 46 69 86

MATERIEL

- Psychologue Paris vend : WPPSI, état neuf, moins10% tarif 1989. Tél.45.47.64.94.

ACCUEIL DES EPILEPTIQUES

- *INSTITUT MEDICO-PEDAGOGIQUE ET PROFESSIONNEL LEOPOLD BELLAN*, 4, rue du 13e de Ligne, 94360, Bry-sur-Marne. Tél. 48.81.00.39.
- *CENTRE SPECIALISE DE SAINT-MAUR*, Impasse de l'Abbaye, 94100 St-Maur-les-Fossés, Tél. 48.83.27.46.

LE JOURNAL DES PSYCHOLOGUES

Directeur de la publication et de la rédaction : Armand Touati
Rédacteur en chef : Patrick Conrath
Maquette : Philippe Azadian
Responsable administratif : Dany Hernandez
Secrétariat : Alain Osganian -Céline Crivello - Lucie Marziano.
Comité de rédaction : Geneviève Berthet, Isabelle Bonnal, Patricia Desroches, Isabelle Drogue, Alexandre Göckel, Henri Helcend, Francis Henel, Yolande Lalou, Evelyne Lehnisch, Brigitte Lièvre-Montrais, Geneviève Loupiac, Brigitte Noël, Serge G. Raymond, Jacky Rigaux, Danielle Malek-Santini, Bernard Sidani, Norbert Sillamy, Armand Touati, Marie-Thérèse Wimbee-Soubise.
Correspondants internationaux:
Algérie: N. Gasmi / **Belgique** : T. Mukuna / **Congo** : Henri Nsika Nkaya / **Finlande:** Juha Kara / **Italie** : Nadia Crotti / **Luxembourg** : Armand Wagner / **Maroc:** M'Hamed Cherkaoui / **Mexique:** Elvia Taracena / **Québec** : Annick Rollez / **Suisse:** Michel Rousson / **Tunisie:** Noureddine Kridis / **Turquie** : K. Handan / **R.F.A.** : Harald Ackerschott.

Publicité au journal : Geneviève Loupiac
Conseiller administratif : Michel Labi
Conseillère éditoriale: Fraga Tomazi
Editeur : Hommes et Perspectives
Siret n° 351 405 188 000 27

Le Journal des Psychologues
61, rue Marx-Dormoy
13004 MARSEILLE
Tél. : 91.49.24.23 +

Diffusion en kiosques : N.M.P.P.
Commission paritaire n°64751 - ISSN 0752-501 X
Dépôt légal à parution

Impression : Imp. St.-Lambert - Marseille - Tél.: 91.43.09.35

Les articles signés sont publiés sous la responsabilité de leurs auteurs.
L'acceptation et la publication d'annonces publicitaires n'impliquent pas l'approbation des services rendus.